

Tartu Ülikool

Meditšiiniteaduste valdkond

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Õendusteaduse õppetool

Kaja Eiche

**KLIINILISE TOITMISE RAKENDAMINE PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLAS.
ÕDEDE JA ARSTIDE HINNANG PRAEGUSELE OLUKORRALE**

Magistritöö

Tartu 2018

Juhendaja: Kaja Solom , RN, MSc

/allkiri/ /kuupäev/

Kaasjuhendaja: .Hanna- Liis Lepp, MSc

/allkiri/ /kuupäev/

Kaasjuhendaja: Kai Saks, MD, PhD

/allkiri/ /kuupäev/

Otsus kaitsmisele lubamise kohta: _____

/TÜ AROT kaitsmiskomisjoni otsus, koosoleku protokolli nr ja kuupäev/

Lihtlitsents magistritöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kaja Eiche,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Kliinilise toitmise rakendamine Põhja- Eesti Regionaalhaiglas. Õdede ja arstide hinnang hetkeolukorrale“, mille juhendajaks on Kaja Solom, RN, MSc; kaasjuhendajateks Kai Saks, Phd ja Hanna - Liis Lepp
2. annan reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguste kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
3. annan üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-i kaudu kuni autoriõiguste kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
4. olen teadlik, et p.1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile;
5. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartu, 2018

KOKKUVÕTE

Toitmisravi praktika edukas rakendamine haiglas sõltub mitmest asjaolust, kusjuures üks olulisemaid on arstide ja õdede suhtumine ja oskus märgata ja reageerida patsiendi alatoitumusele. Alatoitumuse õigeaegne märkamine sõltub suuresti arstide ja õdede teadlikkusest, reageerimine alatoitumusele aga töökorraldusest osakonnas.

Käesoleva uurimistöö eesmärk on anda ülevaade Põhja-Eesti Regionaalhaigla õdede ja arstide hinnangutest toitmisravi praktika korraldusele oma osakonnas ja ootustest toitmisravi korraldusele haiglas. Magistritöös kasutatav küsimustik on olnud eelnevalt kasutusel Skandinaavia maades ja on koostatud ESPEN-i (*The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*) ravijuhendite soovitude järgi. Põhja-Eesti Regionaalhaigla toitmisravi komitee andis uuringu läbiviimisele heakskiidu, et edaspidi paremini planeerida toitmisravi puudutavaid koolitusi ning töökorraldust. Uurimistöö eesmärgile ja uurimisküsimustele tuginedes on uurimistöö kvantitatiivne, empiiriline ja kirjeldav.

Uuringust ilmneb, et vastajate ootused toitmisravi korraldusele erinevad märgatavalt nende hinnangust tegelikule olukorrale. Vastanud on nõus, et patsiendi toitumuslikku seisundit tuleks hinnata osakonda vastu võtmisel ning patsiendi alatoitumuse ilmnemisel tuleks koheselt koostada toitmisraviplaan ning seda peaks ka rakendama juhul, kui patsient ei saa oma vajadustele vastavalt toiduenergiat. Vastanute arvates toimib selline toitmisravi korraldus tegelikkuses harva. Vastanute sõnul selgub käesolevast uuringust, et haiglaravi patsientide toitumusliku seisundi hindamist peetakse oluliseks, kuid see ei toimu süsteemselt. Veidi vähem kui pooled uuringus osalenutest kinnitavad, et patsientide osakonda vastu võtmisel ning välja kirjutamisel üldjuhul patsiendi kaalumist ei toimu. Haiglast välja kirjutamisel ei hinnata vastanute arvates patsientide toitumuslikku seisundit kolmandikul juhtudest. Magistritöö uuringust tuleb välja, et mõningaid tavapäraseid toitmisravimeetodeid rakendatakse vähe, kuna nendega kaasneb suur personali töökoormus või neid peetakse patsiendile liiga ebameeldivaks.

Vastustest selgus, et toitmisraviga seotud ülesannete jaotus on rangelt määratlemata. Vastajate ootused olid, et toitmisravi peaks vastama ESPEN-i juhiste ja sellele peaks olema määratud vastutajad. Teema uurimise vajalikkust kinnitab fakt, et kaks kolmandikku vastanutest ei pea oma haridust piisavaks, et teha kliinilises töös toitmisravi otsuseid. Sellest võib järeldada, et toitmisravi puudutavate baas- ja täiendkoolitustega tuleb senisest rohkem tegeleda ning

vastutusvaldkonnad paremini jagada. Võrreldes küsitluses antud hinnanguid, ei ilmnenu suur erinevusi õdede ja arstide vastuste vahel. Ka soovituslikesse ESPEN-i toitmisravi praktika ravijuhistesse suhtuvad nii õed kui arstid ühtemoodi positiivselt, hoolimata tõsiasiast, et nende arvates tegelikus elus neid järgitakse vähe (13-48%). Peamine takistus toitmisravi praktika soovitude täitmisel on vastanute arvates ebapiisavad teadmised ja oskused. Kokkuvõtvalt võib uuringu tulemuste põhjal öelda, et vastanute hinnangul ei ole tegelik toitmisravi praktika ja soovitud toitmisravi korraldus haiglas vastavuses ning tervishoiu töötajad vajavad selles valdkonnas paremat koolitust ja valdkonnasisese vastutuse määratlemist.

Märksõnad: kliiniline toitmine, alatoitumus, alatoitumuse riskihindamine, ESPEN-i ravijuhised, toitmisravi korraldus haiglaravis

SUMMARY

Efficient clinical nutrition support depends on several circumstances. The most important is the knowledge and capability of the health care professional to identify patients with malnutrition risk. Timely noticing of malnutrition depends on the awareness of the doctors and nurses, but the following management of malnutrition relies on how the nutritional care practice is governed in the hospital.

The current research paper gives an overview of doctors' and nurses' opinions about the nutritional care practices in the North-Estonia Medical Centre (NEMC, Tallinn, Estonia), how the doctors and nurses assess the arrangement of nutritional care practice in their unit and what are their expectations for the nutritional care arrangement in the whole hospital. The chosen questionnaire for the research is based on guidelines of the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) and has been previously used in different researches in Scandinavian countries. The Nutrition Care Steering Committee of the NEMC approved the carrying out of the questionnaire in the hospital as there is a need for an official evaluation of the nutritional care knowledge of health care professional. This will help to plan proper educational interventions and to develop nutritional care practice in the hospital. Based on the aim and questions of the current paper this research is quantitative, empirical and describing.

The survey shows that healthcare professionals' expectations differ greatly from their assessment of current nutritional care practice and the actual situation in the hospital. Health care professionals agree that nutritional status of the patients should be assessed when patient is admitted to the hospital and immediate nutrition support measures should follow when malnutrition is identified or when patient does not achieve their daily energy requirements. However, survey shows that nutrition support interventions are rarely practiced in everyday work. Participant also state that it is important to assess the nutritional status of every patient but currently it is not done systematically. Less than half of the participants say that their patients are not weighed when admitted or discharged from the hospital. Survey demonstrated that nutritional care methods are not practiced because this means a bigger workload for the personnel or these methods are too uncomfortable for the patients.

Participants agree that the nutritional care must be in accordance with the ESPEN guideline and that there needs to be clearer definition of doctors and nurses responsibilities as currently

participants are uncertain of their roles in nutrition support. Two third of the participants admit that they lack knowledge to make decisions about clinical nutrition support. This result demonstrates the necessity to research current topic further and that additional training about clinical nutrition for medical personnel is essential. No differences were found between the doctors and nurses responses. Doctors and nurses both have a positive attitude towards the ESPEN guidelines, however it was stated that in reality these instructions are rarely followed (13–48%) as participants report to have insufficient knowledge. The research concludes that the desired nutritional care practices of health care professionals differ from the current situation. There for additional training about clinical nutrition and specifications of doctors' and nurses' responsibilities are needed.

Keywords: clinical nutrition, malnutrition, assessment of malnutrition, ESPEN guidelines, arrangement of nutrition care in hospital

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	4
SUMMARY	6
SISUKORD.....	8
1. SISSEJUHATUS	9
2. ALATOITUMUS, KLIINILINE TOITMINE	12
2.1. Alatoitumus haiglaravis ja kliiniline toitmine.....	12
2.2. Toitmisravi praktika rakendamine haiglates	13
3. METOODIKA	17
3.1. Metodoloogilised lähtekohad.....	17
3.2. Uuritavad.....	17
3.3. Andmete kogumise meetodid.....	17
3.4. Andmete analüüsimise meetod	18
3.5. Uurimistöö reliaabluse ja valiidsuse tagamine.....	19
3.6. Uurimistöö eetilised aspektid.....	19
4. TULEMUSED	20
4.1. Taustaandmed	20
4.2. Hinnang toitmisravi praktikale.....	20
4.3. Ootused toitmisravi praktika korraldusele	26
4.4. Õdede ja arstide hinnangu võrdlus.....	29
5. ARUTELU	31
5.1. Eetilised aspektid	33
5.2. Usaldusväärsuse kontroll ja töö kitsaskohad	33
5.3. Tulemuste olulisus	34
6. JÄRELDUSED	35
KASUTATUD KIRJANDUS	36
LISAD	39
Lisa 1. Küsimustik	39
Lisa 2. Tõlgitud küsimustik	51
Lisa 3. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus	94
Lisa 4. Kirjavahetus mõõdiku autoriga	95
Lisa 5. Tulemuste tabelid	96

1. SISSEJUHATUS

Elutegevuseks vajab inimene toitu. Tervise üks põhitingimusi on toitainete- ja energiarikas toit. Tervele inimesele ei ole üldjuhul probleemiks söömine, mis tagab organismile kõigi vajalike vitamiinide ja toitainete omastamise. Inimese haigestumise korral võib kujuneda probleemiks söömine, söögiisu, toidust vajalike ainete kättesaamine. Õige toitumine tagab patsiendi kiirema paranemise, aga paraku pole see alati praktikas elluviidav. Haigusest tingituna ei saa patsiendid sageli piisavas koguses toitaineid ning ebapiisava toitumise tagajärjeks on nii toiduenergia- kui ka erinevate toitainete puudus, mis viib alatoitumuse kujunemiseni (Soovitused täiskasvanute kliiniliseks toitmiseks 2009).

Patsiendi elutegevuseks vajalike toitainete tagamiseks ei piisa ainult toidu koguse suurendamisest, vaid tuleb leida meetod, mis tagab piisava toitainete jõudmise patsiendi organismi. Selleks võib olla vajalik kliiniline toitmine, mis aitab tagada, et patsient ei jääks ilma vajalikest toidainetest ja võimaldab normaalset elutegevust ja haigusest paranemist. Alatoitumuse kui probleemi teadvustamine ulatub aastasse 1974 kui leiti, et umbes pooled haigla patsientidest kannatasid alatoitumuse all. Hetkel on alatoitumuse märkamine ja käsitlemine haiglates paranenud, kuid seda saaks jätkuvalt parandada. (Souza jt 2015.)

Toitmisravi rakendamisel haiglaravi ajal on soovituslik järgida konkreetseid ravijuhiseid. Toitmisalased ravijuhised on kompaktsed, loogilised ning tõenduspõhised nõuanded alatoitumuse riski hindamiseks, vältimiseks ja raviks. Üheks keskseks organisatsiooniks, mis ühendab eri maade spetsialiste ning tegeleb kliinilise toitmise ravijuhiste välja töötamisega, on Euroopa Kliinilise Toitmise Selts e ESPEN. Toitmisravalaseid ravijuhiseid koostab ESPEN alates 1997. aastast. Kuna Eestis eraldi kliinilise toitmise ravijuhiseid koostatud ei ole soovitab Eesti Kliinilise Toitmise Seltsi kasutada ESPEN-i ravijuhised.

ESPEN-i ravijuhised käsitlevad järgnevaid haiglaravis vajalike toitmisravi aspekte:

- haiglaravile saabunud patsientide alatoitumuse riski hindamine;
- toitmisravi plaani kosotamine;
- toitmisravi rakendamine;
- toitmisravi efektiivsuse ja tüsistuste monitoorimine;
- toitmisalase meeskonnatöö korraldamine tervishoiusüsteemis. (Cederholm jt 2016.)

Mida paremini on toitmise ravi organiseeritud seda tõenäolisem on, et patsiendi seisund paraneb võimalikult lühema ajaga. Toitmise ravi juhiste eesmärk on juhendada ja muuta toitmise ravi praktika kvaliteetsemaks. Toitmise ravi juhised aitavad tagada patsiendile kvaliteetse toitmise ravi (Preiser ja Schneider 2011). Toitmise alaste juhiste edukal rakendamisel on olulisel kohal arstide ja õdede meeskonnatöö, kus eriti suur roll on just õdedel, kelle ülesanne on hinnata alatoitumuse riski, täita arsti poolt määratud toitmise ravi ja jälgida ravi efektiivsust ning kõrvaltoimeid ning informeerida muutustest arsti. (Pedersen jt 2012).

Toitmise ravi praktika rakendamist haiglates on uuritud erinevates riikides, sh on avaldatud üks uuring, milles on osalenud ka Eesti. Tervishoiutöötajate suhtumist toitmise ravi praktika rakendamisesse on uuritud vähem ning Eestis seda autori teada varasemalt uuritud ei ole. Hetkel puudub Eestis ka alatoitumuse ja selle riski hindamise või registreerimise kohustus ning juhendmaterjal. Alatoitumuse ja alatoitumuse riski hindamine sõltub õdede ja arstide teadlikkusest. Kui tervishoiutöötaja teadlikkus selles valdkonnas ei ole piisav siis võib juhtuda, et alatoitumuse riski ei hinnata õigeaegselt ja selle probleemi suurust alahinnatakse. Ühtse juhendmaterjali puudumine võib tähendada, et alatoitumuse kui probleemiga tegelemiseks puuduvad vajalikud oskused ja teadmised tervishoiutöötajate hulgas. Hea toitmise ravi praktika rakendamist võib takistada ka määratlemata tervishoiutöötajate tööalane jaotus.

Töötajate vastutusvaldkonna ja ülesannete määratlemiseks toitmise ravis on kirurgilistel erialadel kasutusel kiire paranemise ehk ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) programmid. ERAS programm aitab paremini korraldada patsiendi käsitlust ja jagab tervishoiutöötajate vastutust ja tööjaotust osakonna siseselt. Edukas ERAS programm võimaldab ka patsientidel kiiremini taastuda pärast operatsiooni, mis omakorda võimaldab kiirema tagasipöördumise igapäevaellu ning seega väiksemad ravikulud. Üks olulisi komponente ERAS programmis on hästi korraldatud toitmise ravi praktika nii operatsiooni eel kui peale operatsiooni (Nygrena 2012). Toitmise ravi praktika parandamiseks on Põhja-Eesti Regionaalhaiglas alates 2015. aastast ametlikult kasutusel ERAS programm. Põhja-Eesti Regionaalhaiglas on 2015. aastal loodud toitmise ravi komitee, mille eesmärgiks on toitmise ravi alaste teadmiste ja praktika parandamine haiglas. Toitmise ravi komiteesse kuuluvad erinevate kliinikute õdede ja arstide esindajad, et kaardistada erinevad vajadused ning tagada patsiendi käsitlemisel ühtne tase kogu patsiendi raviperioodi jooksul. Teadlikkus toitmise ravist ja erinevate osakondade toitmise ravi vajadus on erinev ning teadmine toitmise ravi praktika muutmise vajaduse ja ulatuse kohta puudub.

Antud uurimistöö eesmärk on saada ülevaade Põhja-Eesti Regionaalhaigla õdede ja arstide hinnangust kehtivale toitmisepraktikale ning uurida nende seisukohti soovitusliku praktika osas. Toitmisepraktika komitee andis heakskiidu ka käesoleva uuringu läbiviimisele. Uurimistöö käigus läbiviidud uuringu tulemused on lähtematerjaliks koolitusvajaduse hindamiseks ja edaspidiseks kliinilise toitmise kvaliteedi parandamiseks.

Uurimistöö küsimused, millele püütakse leida vastust:

- Kuidas rakendub Põhja-Eesti Regionaalhaigla statsionaarsetes osakondades töötavate õdede ja arstide arvates toitmisepraktika nende osakondades?
- Kuidas peaks Põhja-Eesti Regionaalhaigla statsionaarsetes osakondades töötavate õdede ja arstide arvates toitmisepraktika olema korraldatud?
- Kuidas erinevad Põhja-Eesti Regionaalhaigla statsionaarsetes osakondades töötavate õdede ja arstide suhtumine ja ootused toitmisepraktika korraldusse?

2. ALATOITUMUS, KLIINILINE TOITMINE

2.1. Alatoitumus haiglaravis ja kliiniline toitmine

Alatoitumus (*malnutrition*) on toiduenergia ja/või mõne toitaine puudus organismis, millel on kliiniliselt oluline väljendus. Haiguspuhune alatoitumus on suur probleem. Alatoitumusega kaasnevad: lihasmassi vähenemine, infektsioonioht, haavade paranemise aeglustumine, suurem suremus ja sagedasemad ravitüsitused. Alatoitumus haiglaravis on samuti suur probleem: eelkõige tähendab see suuremat riski suremusele ja tüsistustele patsiendile aga tähtis mõju on sellel ka tervishoiutöötajatele ja tervishoiuteenuse pakkujale, kuna alatoitumuses patsiendi hoolduskulud on suuremad, vajalik on pikem haiglaravi ning sellega seoses suurenevad kogukulutused ravile (White jt 2012).

Alatoitumuse ulatust, levimust ja riskifaktoreid haiglaravis hinnatakse ülemaailmses uuringus „*Nutrition Day*”, mida viiakse läbi alates 2005. aastast. Selle uuringuga hinnati 2016. aastal haiglates 8743 patsiendi riski alatoitumuse tekkeks või alatoitumuse olemasolu. Nendest oli alatoitumuses 10,0% ja alatoitumusriskiga 17,6% (*nutritionDay worldwide*). Üks uuringu eesmärgi on muuhulgas parandada toitmiseravialaseid teadmisi tervishoiuasutuses, tõsta inimeste teadlikkust selles vallas ja seeläbi parandada toitmiseravi kvaliteeti. (Schindler jt. 2017).

Barker, Gout ja Crowe viisid 2009. aastal Austraalias läbi uuringu „Alatoitumise esinemine haiglas, levimus, määratlemine ja mõju patsiendi ja tervishoiu süsteemile”, milles selgus, et Melbourne kõrgema etapi haiglas esines alatoitumust 23%-l 275-st patsiendist. Uuringu autorid leidsid, et alatoitumuses patsientide haiglas viibimise aeg pikenes 4-5 päeva võrreldes tavatoitumuses olevate patsientidega (Barker jt 2011). Samasuguseid tulemusi saadi ka 2006. aastal Saksamaal tehtud uuringus, kus alatoitumuse levimus oli 27% ning haiglaperiood oli pikem 43% võrreldes tavatoitumusega patsientidega (Pirlich jt. 2006). Taanis läbi viidud samalaadne uuring näitas, et alatoitumust esines 40% patsientidest (Rasmussen jt. 2004). Inglismaal tehtud uuringutes selgus, et alatoitumust esines 2000. aastal 20% ja 2003. aastal 19% (Edington jt. 2000). Kõigi mainitud uuringute põhjal järeldasid Barker, Gout ja Crowe, et alatoitumus haiglaravis on ülemaailmne probleem ning sellele on viidatud kui „luukerele kapis” (Barker jt. 2011).

Kliiniline toitmine (*clinical nutrition*) on spetsiaalsete meditsiiniliseks otstarbeks kasutatavate täisväärtuslike toitelahuste kasutamine toiduenergia ja/või toitainete vajaduse katmiseks patsiendil, kellel suukaudne söömine ei võimalda vajadustele vastavat toiduenergia või toitainete

saamist. See hõlmab nii suukaudsete, enteraalsete (toitmissegud manustamiseks läbi nasogastraalsondi, enteraalsondi ja peensoole sondi) kui parenteraalsete (toitmissegud, elektrolüütide lahused, mineraalide ja vitamiinide segud) toitelahuste kasutamist. Kliiniline toitmine on ravimeetod, millel on omad näidustused ja vastunäidustused ning mille kasutus on viimastel aastakümnetel järjest suurenenud. Kliiniline toitmine on osa toitmiseravi praktikast ja tähtis ravi toetav tegevus (Pichard jt 2012).

2.2. Toitmiseravi praktika rakendamine haiglates

Hea toitmiseravi praktika (*good nutritional practice*) all mõistetakse igapäevaseid haiglaravis läbi viidavaid süsteemseid tegevusi, mis on vajalikud patsiendi õige toitumise ja toitumuse tagamiseks. Toitmiseravi praktika hõlmab endas lisaks kliinilisele toitumisele järgmisi toiminguid: patsiendi alatoitumuse riskihindamine, toitumisprobleemide kaardistamine, riskihindamise tulemuste analüüsimine, toitmiseravi plaani koostamine, toitmiseravi rakendamine vastavalt toitmiseravi plaanile, toitmiseravi efektiivsuse ja kõrvaltoimete hindamine ja jälgimine ning toitmiseravi dokumenteerimine (Holst jt 2014).

Toitmiseravi praktika parandamise üks olulisi tingimusi on olemasoleva teadmise oskuslik rakendamine. Sellise teooria paikapidavuse kindlaks tegemiseks viidi ajavahemikul 2010-2013 läbi uuring Kanada haiglates. Taoline teadmiselt-tegevusele (*knowledge-to-action*) toimiv protsess koosneb mitmest etapist, alates olukorra fikseerimisest ehk probleemi teadvustamisest kuni erinevate tegevuste tsüklini välja. Uuringu alguses fikseeriti esimese asjana pärast probleemi teadvustamist selle ulatus. Antud juhul tehti kindlaks, kui palju esineb patsientide hulgas haiglasse vastu võtmisel alakaalulisust. Selgus tõsiasi, et alakaalulisus kui probleem jääb üldiselt kindlaks tegemata ja vajaliku tähelepanuta. Pärast probleemi teadvustamist kujundati faktidele tuginev tõestuspõhine programm probleemi lahendamiseks. Lõppfaas nägi ette programmi jätkuvat rakendamist. Hinnati ka võimalikke takistusi muudatuste ellu viimisel. Taoline teadmiselt-tegevusele suunatud programm näitab, kuidas olemasolev informatsioon kasutatakse ära eesmärgiga fikseerida probleem, ning leida lahendused, et muuta olukord paremaks. (Laur ja Keller 2015.)

Uuringu käigus toimus teoreetiline koolitus toitmiseravipraktikaga seotud haigla personalile. Sellele järgnes teooria rakendamine praktikas. Peale haigla töötajate kaasati ka patsiendid ja nende pereliikmed. Haigla töötajatel paluti alustuseks määratleda iga toitmiseravi protsessis osaleva inimese täpne roll ja vastutus. Patsiente ja nende pereliikmeid julgustati aktiivsemalt osalema

toitmisravi praktikas, näiteks söömismahutude jälgimisel, toitmisevajaduste hindamisel, keskkonna kui söögiisu mõjutava teguri hindamisel jne. Taolise toitmise ravi programmi kasutamine uuringus tõi välja kui oluline roll on projekti juhil, antud juhul toitmise ravi protsessi koordineerijal haiglas ning kinnitas, et probleemi teadvustamine ja lahenduskäikude õige koordineerimine on võti muudatuste rakendamisel. (Laur ja Keller 2015.)

Tappneden jt. (2013) on võtnud kokku eduka alatoitumuse vältimise ja toitmise ravi korralduse printsiibid. Esimene printsiip toitmise ravi praktika korraldamisel peaks olema ühtse plaani koostamine, kus kõik patsiendi toitmise ravi praktikaga seotud inimesed – dietoloog, õde, arst – aga ka haigla administratsioon ja patsient, mõistavad täielikult alatoitumise probleemi haiglas ning selle negatiivset mõju kogu haigla töö tulemuslikkusele. Haigla administratsioon sageli ei näe alatoitumist ühe tõsise faktorina mis mõjutab kogu haigla hoolduskvaliteeti ja kulusid, mis hoolduse tagamiseks vaja on. Toitmise alane väljaõpe, mida õed ja arstid saavad, on ebapiisav. Et haigla saaks tulemuslikult võidelda alatoitumusega, peab selle iga liige olema professionaalne toitmise ravi praktika läbiviija.

Eduka toitmise ravi praktika tagamiseks on vaja ületada mitmeid takistusi: 1) ühel kolmandikul hospitaliseeritud patsientidest on tuvastatud alatoitumus, ülejäänutel jääb see tuvastamata; 2) alatoitumuse fikseerimine jääb tihti vaid dietoloogi ülesandeks ja sageli pole dietoloogil piisavalt professionaalset väljaõpet; 3) toitmise ravi praktika lükkub edasi, kuna toitmise alane konsultatsioon lükkub edasi, sageli kuni 5 päeva, mis on võrdne kogu haiglas viibimise perioodiga; 4) õed jälgivad patsiendi olukorda ööpäevaringselt, kuid sageli pole nad kaasatud toitmise ravi plaani koostamisse; 5) sageli rakendub toitmise ravi plaan ainult arsti korraldusel, dietoloogi soovitusel alustatakse toitmise raviplaani vaid 47% juhtudel; 6) paljud patsiendid vajavad söömisel abi, seega on tõenäoline, et sageli jääb söömine poolikuks kuna abi puudub. (Tappneden jt 2013.)

2004. aastal viidi Taani haiglates läbi uuring eesmärgiga võrrelda toitmise ravi praktika rakendamist osakondades, kus oli toitmise ravi korraldus hästi struktureeritud (*well-defined structure*), osakondadega, kus puudus kindel toitmise ravi kord (*poor-defined structure*) (Holst jt 2009). Sama küsimustikuga uuringut korrati kaheksa aasta pärast. Uuring viidi läbi õdede seas, kes pidid vastama, kuidas täidetakse nende osakonnas ESPEN-i ravijuhiseid. Uuringust selgus, et paremini rakendati ESPEN-i ravijuhiseid hästi struktureeritud toitmise ravi korraldusega osakondades (49%). Sama uuringuga taheti ka välja selgitada õdede üldine suhtumine ESPEN-i ravijuhistesse. Selgus, et kõikidesse ESPEN-i juhiste elementidesse suhtusid õed positiivselt (90-97%), hoolimata sellest, et tegelikkuses täideti neid juhiseid vaid 13-48%. (Holst jt 2014).

Skandinaavia haiglates viidi 2004. aastal läbi uuring alatoitumuse riski hindamiseks, kus uuriti arstide ja õdede tegevust ning suhtumist igasse toitumist puudutavasse tegevusse haiglas. Püüti välja selgitada, mida peetakse patsientide jälgimisel oluliseks ja mida vähem oluliseks seoses toitumuse probleemidega (alatoitumus, alakaalulisus). Uuriti ka millised on takistused eduka toitmisravi läbi viimisel. Uurimuses selgus, et peamine takistus toitmisravi praktika soovitude järgimises on ebapiisavad teadmised selles valdkonnas. Küsitleti 1753 arsti ja 2759 õde, kes töötavad Taani, Rootsi ja Norra haiglates. Vastanutest 25% leidis, et väga raske on kindlaks teha patsiendi kliinilise toitmise vajadust. 39% kurtis väheseid teadmisi patsiendi alatoitumuse kindlaks tegemisel, 53% leidis, et on liiga keeruline kindlaks teha patsiendi energia vajadust. 66% kinnitas, et puudub riiklik juhend, kuidas haiglas läbi viia kliinilist toitmist. 28% oli nõus sellega, et ebapiisav toitmisravi praktika toob kaasa komplikatsioone ja pikendab haiglas viibimise aega (Mowe jt 2008). Tulemustest selgus, et patsientide alatoitumuse riski hindamine erines riigiti. Patsientide alatoitumuse riski hindamine oli rohkem levinud Taanis (40%), Rootsis(21%) ja Norras (16%). Kõik uuringus osalenud nõustusid, et alatoitumuse riskihindamine on tähtis (92%, 88%, 88%). Uuringust tuli välja, et haiglates, kus olid õdede ja arstide toitmisealased teadmised paremad, oli ka kvaliteetsem toitmisravi praktika. Uuringust selgus, et ESPEN-i poolt soovitatud ravijuhiseid ei täideta täies mahus (Mowe jt 2006.)

2003. aastal viidi Kanadas läbi uuring kliinilist toitmist puudutava väljaõppe kohta. Uuringu küsimustele vastas 60% Kanada gastroenteroloogide seltsi arstidest (279 arsti 463-st) ja 38% residentidest (33 inimest 88-st). 6% arstidest oli otseselt seotud toitmise, 65% olid kaasatud toitmisse, 74% paigaldas toitmissonde. Uuringust selgus, et vastanute arvates peaks toitmisravi läbiviimisel osalema konsultandina ka gastroenteroloog. 67% arstidest ütles, et toitmisealane väljaõpe õpingute ajal oli tagasihoidlik ja ei sõltunud sellest, millal oli haridus omandatud. Uuringust tuli välja, et kliinilise toitmise paremaks rakendamiseks nähakse suurt rolli toitmisravi meeskonnal. Haiglates, kus toetuti rohkem juhiste, oli ka parem toitmisravi praktika. (Singh ja Duerksen 2006.)

2012. aastal viidi läbi rahvusvaheline uuring alatoitumuse levimuse välja selgitamiseks ning toitmisravi korralduseks erineva poliitilise, majandusliku ja geograafilise asetusega riikide haiglates, kus osales ka Eesti. Teised osalenud riigid olid Horvaatia, Kreeka, Leedu, Poola ja Türgi. Uuring viidi läbi kokku 160 haiglas, 225 osakonnas ning selle käigus hinnati 4068 statsionaarse patsiendi toidumise seisundit. Küsimustik hõlmas ka toitmisravi rakendamist haiglates ja toitmisravi hüvitamise regulatsiooni. Patsientide alatoitumuse riski hinnati NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening*) skaalal. Suure alatoitumisriskiga patsientide hulk (NRS2002 skaalal

3 punkti või rohkem) oli uuringu tulemustel kõige suurem Eestis (80,4%) ja Türgis (39,4%), kõige väiksem oli selliste patsientide osakaal Leedus (14,2%). Hinnati ka toitmisravi rakendamist enteraalse ja parenteraalse toitmise kasutamise osas. Kõige rohkem rakendati toitmisravi praktikat patsientidel Türgis (39,4% vajas enteraalse või parenteraalse toitmise rakendamist, 34,4% juhul rakendati toitmisravi) ja Poolas (vastavalt 21,9% ja 27,8%). Uuringus hinnati ka toitmisravi meeskondade olemasolu. Toitmisravi meeskonnad tegutsesid vaid mõningates riikides, paljudes neid ei eksisteerinud. Eestis oli toitmisravi (*nutrition support*) vajadus alatoitumuse riskihindamise alusel 80,4% patsientidest, selle alast sekkumist teostati aga vaid 20,6% patsientidest. Sekkumistest oli Eestis enim kasutusel enteraalne toitmine (29,3%) ja parenteraalset toitmist kasutati vaid 4,9% juhtudest. Uuringu läbi viinud teadlaste sõnul on suur alatoitumusriskiga patsientide hulk Eestis seletatav sellega, et 60% uuritavaid olid intensiivraviosakonna või vähikirurgiaga tegeleva osakonna patsiendid, mis NRS2002 riskihindamise meetodi alusel on üheks riskifaktoriks. Alatoitumuse riskihindamist teostasid Eestis vaid arstid, teistes uuritavates riikides osalesid selles ka dietoloogid. Uuring kinnitas, et alatoitumus on teema, mis vajab aktiivsemat tähelepanu kõikides uuritud riikides. (Klek jt 2015.)

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Kvantitatiivne meetod on usaldusväärne viis nähtuste ja nende vaheliste seoste kirjeldamiseks ja saadud tulemuste üldistamiseks (Burns ja Grove 2010). Kvantitatiivne uuring kirjeldab ka nähtuste esinemissagedust ning võimaldab leida seoseid erinevate aspektide vahel eeldusel, et üks pole parem kui teine, vaid nad täiendavad üksteist (Kidron 2008). Kvantitatiivne uuring on sobivaim viis nähtuste kirjeldamiseks. Kirjeldava uurimuse eesmärk on anda ülevaade mingist nähtusest reaalses situatsioonis.

Alatoitumus ja selle hindamine on probleemiks terves maailmas ja ka Eestis. Kliiniline toitmine on viis alatoitumust vähendada. Antud uurimistöö eesmärk on kirjelda õdede ja arstide hinnanguid kliinilisele toitmisele. Selliseks kirjeldavaks uurimiseks sobib kvantitatiivne meetod. See meetod lubab meil ka saadud tulemusi võrrelda. Uurimistöö eesmärgile ja uurimisküsimustele tuginedes on uurimistöö kvantitatiivne, empiiriline ja kirjeldav.

3.2. Uuritavad

Uurimus viidi läbi Põhja-Eesti Regionaalhaiglas. Üldkogumi moodustasid regionaalhaigla statsionaarsetes osakondades töötavad õed ja arstid 2016. aasta septembrikuu seisuga: 156 arsti ja 607 õde. Üldkogumist moodustati kõikne valim, kokku 763 uuritavat.

3.3. Andmete kogumise meetodid

Andmete kogumiseks kasutati ankeetküsitlust. Mõõdikuna kasutatav küsimustik on koostatud Taani arstide ja teadlaste poolt 2004. aastal (vt lisa 1). Küsimustiku autoriks on gastroenteroloog, doktor, emeriitprofessor Mitra Unosson. Mõõdiku aluseks on ESPEN-i standardi mõõdik, mis hindab toitmisepraktika vastavust neile ja samuti töötajate suhtumist nende ravijuhendite rakendamisse. Küsimustikku on varasemalt kasutatud Taani, Rootsi ja Norra haiglates läbi viidud uuringus (Mowe jt 2008), mille eesmärk oli välja selgitada patsientide toitumusega seotud olukorda. Küsimustiku nimi on „Kliinilise toitmise kasutamine: Uuring tervishoiutöötajate hulgas” (*A survey among medical staff of the use of clinical nutrition*).

Küsimustik koosnes neljast osast: 1. osa puudutas patsientide toitumusseisundi ja alatoitumuse riski hindamise kehtivat praktikast vastaja osakonnas ning vastaja ettekujutust ideaalsest toitmisepraktikast (*evaluation of nutritional status, weighing of patients, etc*); 2. osa puudutas

vastaja praktikat ja hinnanguid enteralse ja parenteralse toitmise rakendamise kohta (*use of enteral and parenteral nutrition*); 3. osa selgitas vastaja osakonnas kehtivat tööjaotust ja vastaja ettekujutust ideaalsest tööjaotusest seoses toitmise praktika (allocation of responsibility and measures in the department); 4. osa uuris vastaja hinnangut enda ja meeskonna toitmise praktika alaste teadmiste, oskuste ja hariduse kohta (*education, knowledge and routine*). Küsimused olid valikvastustega, enamuse neist 4-astmelisel Likerti skaalal.

Küsimustik tõlgiti tõlkebüroos inglise keelest eesti ja vene keelde, mis võimaldas vastajal valida vastamiseks kas eesti- või venekeelse variandi. Küsitluse tegin anonüümse veebiküsitlusena Google Vormide keskkonnas (vt lisa 2). Koostöös regionaalhaigla personalispetsialistiga saatsin laiali ekirja, milles tutvustasin oma uuringut ja selle eesmärgi. Samas kirjas oli ka link küsimustikule. Kiri oli adresseeritud kõigile arstidele ja õendusjuhtidele, õendusjuhtidele koos palvega kõigile oma osakonna õdedele edasi saata. Uuringu tegemist tutvustati ja vastamist paluti ka haigla infotunnis. Küsimustik oli vastamiseks avatud 01. märtsist 2017 kuni 30. aprillini 2017. Vastamise aja jooksul saatis uurija uuritavatele kolm meeldetuletuskirja.

3.4. Andmete analüüsimise meetod

Andmed salvestati Google Vormid-e keskkonnast tabelina tabelarvutusprogrammi LibreOffice Calc. Tabelarvutusprogrammis viidi vastavusse eesti- ja venekeelsed ankeedid. Seda kasutati ka andmete viimiseks edasiseks töötamiseks sobivale kujule. Kuna mitme osakonna ja ametigrupi vastanute seas oli liiga vähe uuritavaid (alla 5), siis liideti need grupid andmetöötamiseks teistega kokku. LibreOffice Calc-i kasutati ka andmete kirjeldamiseks, täis- ja suhtarvudes sagedustabelite ja diagrammide tegemiseks. Tulemuste esitlemisel võeti vajaduse korral ja esitlemise lihtsustamiseks kokku mitu Likerti skaala väärtust.

Andmete täiendavaks analüüsimiseks kasutati programmi Stata. Kirjeldavad statistikuid (keskväärtus, standardhälve, jm) sai kasutada ainult piiratud arvu järjestiktunnuste kirjeldamiseks. Lähtuvalt uurimistöö ülesandest võrreldi õdede ja arstide antud hinnanguid. Andmete võrdluseks kasutati Pearsoni χ^2 testi ja Fisheri täpsustesti. Kui jaotustabelis oli väikesi väärtusi (alla 5), siis sai võrdluseks kasutatud Fisheri täpsustesti. Oluliseks loeti p-väärtust, mis on suurem kui 0,05.

3.5. Uurimistöö reliaabluse ja valiidsuse tagamine

Küsimustiku autorilt Mitra Unosson-lt saadi luba küsimustiku kasutamiseks uurimistöös. Küsimustik tõlgiti tõlkebüroos inglise keelest eesti ja vene keelde. Sõnastuse arusaadavamaks muutmiseks kasutati kliinilise toitmise spetsialisti, doktor Hanna-Liis Lepa, venekeelse emakeelega toitmiseravi õe-nõustaja Anne Orasmäe-Tšiziku ja Suur Britannias dietoloogia hariduse saanud dietoloogi Maarja Lemberi abi. Küsimustiku tõlke kontrolliks teostati risttõlge ja küsimustiku arusaadavuse kontrolliks teostati prooviuuring Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurgia osakonna 3 õe ja 2 arsti seas. Seejärel kohandati küsimuste sõnastust. Küsimustiku reliaablust ehk sisemist kooskõla kontrolliti Cronbachi α -ga. Küsimustik tugineb ESPEN-i kliinilise toitmise ravijuhenditele ning seda on eelnevalt kolmel korral kasutatud uurimistöö läbiviimiseks Põhjamaades (Mowe jt 2008).

3.6. Uurimistöö eetilised aspektid

Loa uuringu läbiviimiseks taotles uurija Põhja-Eesti Regionaalhaiglast, kus uurimus läbi viidi. Seejärel esitas uurija taotluse Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komiteele. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning igal uuritaval oli õigus uuringus osalemisest loobuda koheselt või uuringu kestel. Uuritavatele tagati anonüümsus ja konfidentsiaalsus. Võimalike küsimuste korral oli uuritavatel võimalik pöörduda otse uurimuse läbiviija poole. Selleks oli uurija lisanud oma kontaktandmed uurimistööd tutvustavale e-kirjale.

Küsitlus korraldati anonüümse veebiküsitlusena. Kuna tegu oli anonüümse ankeediga, siis oli küsimustikule vastamine ühtlasi ka sellega nõustumine. Uuritavate kohta kogutavad andmed ei võimaldanud neid üheselt tuvastada. Uurija ei vaadelnud andmeid ükshaaval. Kui mingis vaadeldavas grupis oli alla viie uuritava, liideti see teise grupiga (osakonnaga) või jäeti see tulemustest välja, kui ei leidunud sarnast gruppi. Uurija ei avaldanud üksikankeetide vastuseid uurimistöös. Andmeid analüüsiti anonüümselt ning tulemusi vaadeldi uuritavate rühmade kaupa (osakond, amet) ning neid ei seostatud konkreetsete vastajatega.

Uurimistöö tulemuste avaldamise järgselt saadab uurija kõigile uuringus osalenutele uurimistulemusi tutvustava e-kirja. Uurija jälgis, et täidetud oleks ka kõik teoreetilise osa kirjandusallikate kasutamisele kehtivad nõuded.

4. TULEMUSED

4.1. Taustaandmed

Uurimuses osalenud arstidel ja õdedel oli võimalik vastata kas eesti või vene keeles. Lisaks kasutatavale keelele oli uuritavate taustainformatsiooniks tööstaaž, osakond ja amet. Uuringus osalenud 763 õest ja arstist kokku vastas küsitlusele 93 (12,2%), 156 arstist vastas 26 (16,7%) ja 607 õest vastas 67 (11,0%). Vastajate jagunemine kõigi erinevate taustamuutujate vahel on toodud tabelis 1.

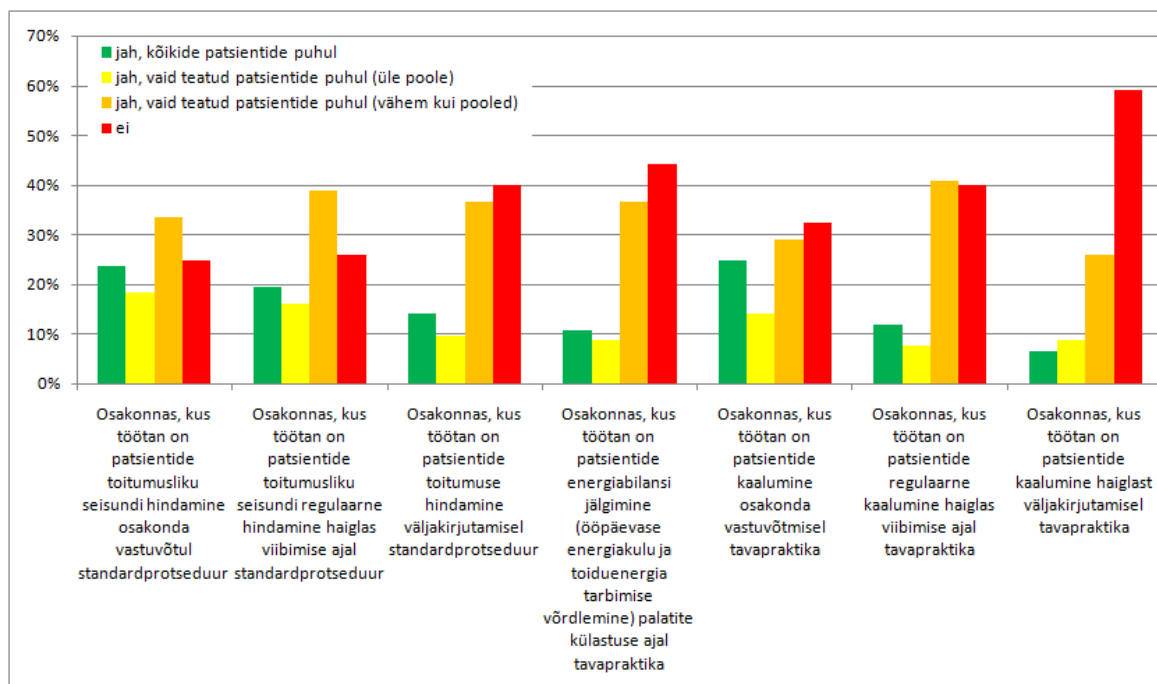
Tabel 1. Vastajate taustamuutujad

Vastaja valitud keel		
Eesti	72	77,4%
Vene	21	22,6%
Tervishoiutöötajana töötatud aeg		
Alla 5 aasta	17	18,3%
5..10 aastat	27	29,0%
10..15 aastat	9	9,7%
15..20 aastat	9	9,7%
20..25 aastat	7	7,5%
Üle 25 aasta	24	25,8%
Vastaja töökoht		
hematoloogia	8	8,6%
intensiivravi	11	11,8%
kirurgia	49	52,7%
psühhiaatria	6	6,5%
sisehaiguste	12	12,9%
muu	7	7,5%
Vastaja amet		
arst	26	28,0%
õde	67	72,0%

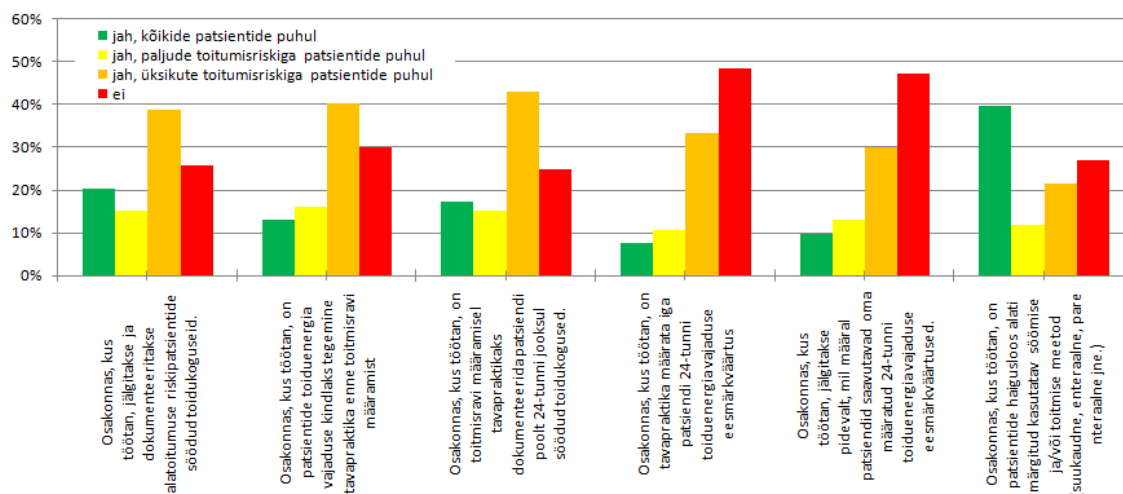
4.2. Hinnang toitmisravi praktikale

Alustuseks sooviti küsitlusega saada informatsiooni selle kohta, kuidas toimub haiglas patsientide seisundi hindamine. 23 (24,7%) vastaja arvates ei hinnata kunagi osakonda vastuvõtul patsientide toitumuslikku seisundit. Regulaarne toitumusliku seisundi hindamine on vastanute hinnangul veel harvem: ainult 33 (35,5%) vastas, et haiglas viibimise ajal hinnatakse seda kõigil või enamusel patsientidel. Osakonnast väljakirjutamisel ei hinnata patsientide toitumuslikku seisundit 37 (39,8%) vastaja arvates. Vastuvõtmisel ei kaaluta üldse patsiente 30 (32,3%) vastaja hinnangul, 23 (24,7%) vastaja arvates kaalutakse kõiki patsiente. Hinnang regulaarsele kaalumisele osakonnas viibimise ajal oli veel madalam. Mitte ühtegi ei kaaluta või väheseid patsiente kaalutakse regulaarselt haiglas viibimise ajal 75 (80,6%) vastaja hinnangul. Vaid vähesed vastajad (11,8%) arvasid, et haiglas viibimise ajal kaalutakse kõiki patsiente. Üle

poolte (59,1%) vastanute hinnangul ei kaaluta tavapraktikas haiglast väljakirjutamisel kedagi. (vt joonis 1.)



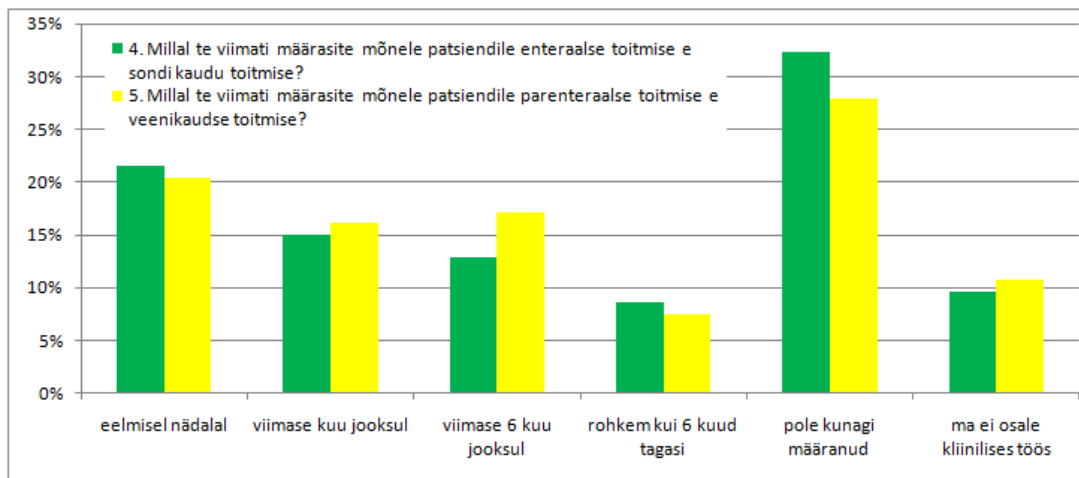
Joonis 1. Hinnang toitumisravi praktikale oma põhitöökoha osakonnas



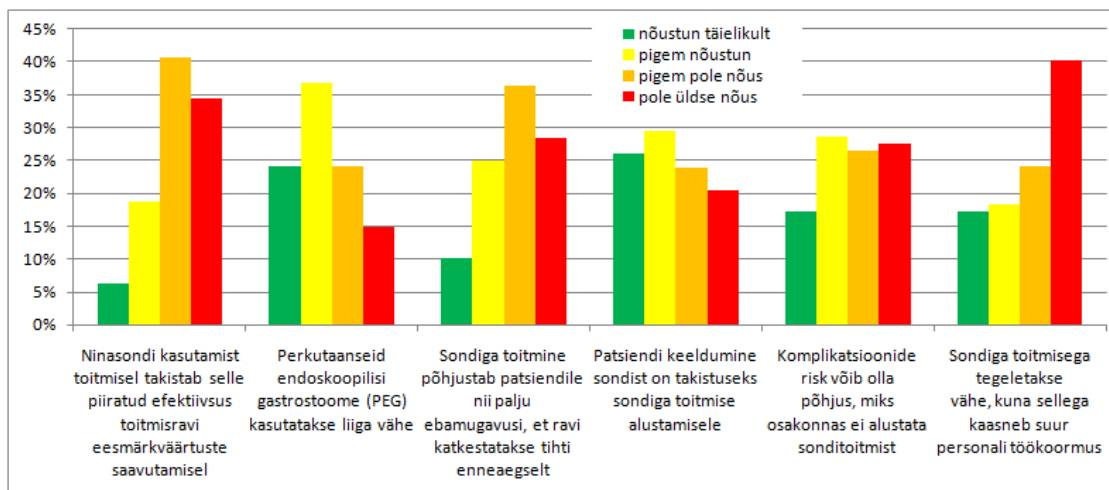
Joonis 2. Hinnang toitumisravi praktikale toitumusriskiga patsientide puhul oma põhitöökoha osakonnas

Toitumusriskiga patsientide söödud toidukoguste dokumenteerimine kõigil patsientidel toimub 19 (20,4%) vastaja sõnul. Kunagi ei registreerita toitumusriskiga patsientide söödud toidukoguseid 24 (25,8%) vastaja hinnangul. Toitumisravi määramisel tehakse kindlaks patsiendi toiduenergia vajadus kõigil või paljudel patsientidel 27 (29,0%) vastaja hinnangul, 28 (30,1%) vastaja hinnangul ei tehta seda ühegi patsiendi puhul. 37 (39,8%) vastaja hinnangul alati märgitud toitmismeetod haigusluku, 31 (33,3%) vastaja arvates oli see märgitud osadel

toitumusriskiga patsiendil ja 25 (26,9%) vastaja hinnangul ei olnud toitmismeetodit haiguslukku märgitud. (vt joonis 2.)



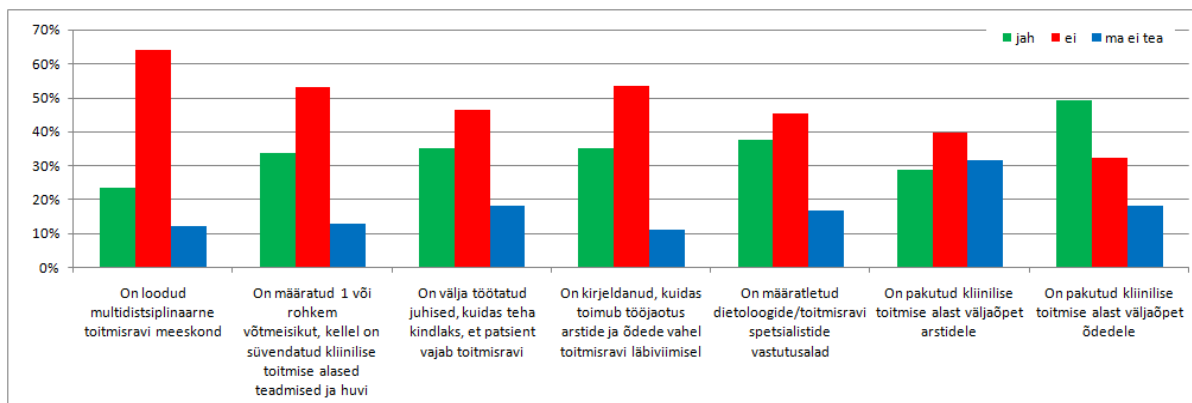
Joonis 3. Toitmisravi meetodite kasutamine vastajate poolt



Joonis 4. Hinnang toitmisravi meetodite kasutamisele

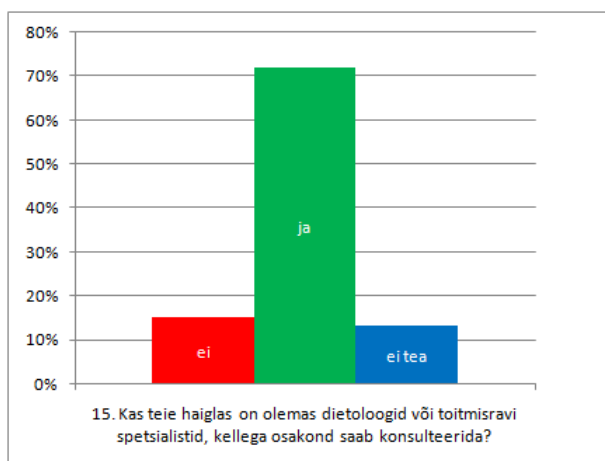
Enteraalset toitmist e sondi kaudu toitmist määras 20 (21,5%) vastajat eelmisel nädalal ja 30 (32,3%) ei olnud seda kunagi määranud (vt joonis 3). Parenteraalset toitmist e veenikaudset toitmist määras 19 (20,4%) vastajat eelmisel nädalal ja 26 (28,0%) vastajat ei ole seda kunagi määranud. 31 (35,2%, vastused „nõus” ja „pigem nõus”) vastajat arvas, et sondiga toitmine põhjustab patsiendile nii palju ebamugavusi, et ravi katkestatakse tihti enneaegselt (vt joonis 4). 31 (35,6%, vastused „nõus” ja „pigem nõus”) vastajat arvas sondiga toimisega tegeletakse vähe, kuna sellega kaasneb suur personali töökoormus. 53 (60,9%, vastused „nõus” ja „pigem nõus”) vastaja arvates paigaldatakse haiglas liiga vähe perkutaanseid endoskoopilisi gastrostome. 55 (59,1%, vastused „nõus” ja „pigem nõus”) vastajat arvas, et parenteraalne toitmine on võrreldes sondi kaudse toimisega personalile lihtsam läbi viia. 38 (40,9%, vastused „nõus” ja „pigem

nõus”) vastaja arvates parenteraalse toitmise tegeletakse vähe, sest see on kallis ravimeetod, 27 (29,0%, vastused „nõus” ja „pigem nõus”) vastaja arvates kaasneb parenteraalse toitmise suur personali töökoormus.



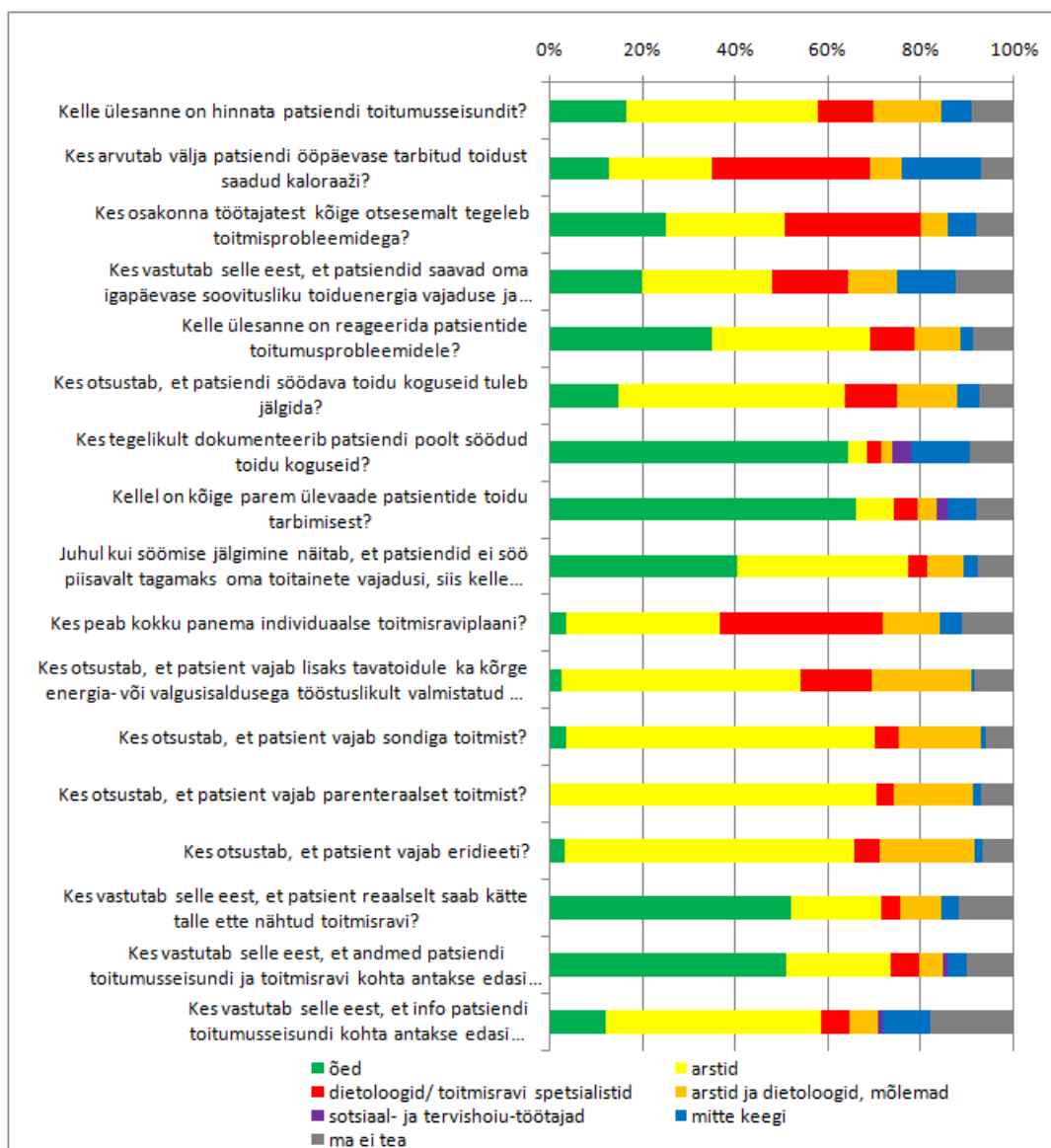
Joonis 5. Toitmise praktikat parandavad tegevused vastaja osakonnas

Toitmise praktika parandamise eesmärgil on loodud multidistsiplinaarne toitmise meeskond (23,6%). 81 (76,5%) vastajatest ei teadnud sellest või arvas, et seda ei ole loodud (vt joonis 5). Vastajad hindasid ka erinevate toitmise ülesannete jagunemist osakonnas erinevate ametite vahel (vt joonis 7). Patsiendi toitumusseisundi hindamine on 18 (16,5%) vastaja arvates õdede ülesanne ja 45 (41,3%) arvates teevad seda arstid. Kõige otsesemalt tegeleb toitmise probleemidega dietoloog või toitmise spetsialist (29,3%), õed (25,3%) ja arstid (25,3%). Patsientide toitumise probleemidele reageerimine on õdede ülesanne 36 (35,0%) vastaja arvates. 35 (34,0%) vastajat pidas seda arstide ülesandeks, 3 (2,9%) oli veendunud, et seda ei tee keegi ja 9 (8,7%) ei teadnud kas seda keegi teeb. Patsiendi poolt söödud toidu koguseid dokumenteerivad õed (64,2%). Et seda teevad arstid, arvas 4 (4,2%) vastajat. Lisaks tavatoidule kõrgema energia- või valgusisaldusega tööstuslikult valmistatud suukaudsete toidulaadsete vajaduse patsiendile määrab arst või toitmise spetsialist (88,1%).



Joonis 6. Hinnang dietoloogide või toitmise spetsialistide olemasolule

Dietoloogide või toitmisravi spetsialistide olemasolust haiglas olid teadlikud 77 (72,0%), 14 (13,1%) ei teadnud ja 16 (15,0%) olid veendunud et, neid ei ole (vt joonis 6). Järgnevatele küsimustele vastasid ainult need kes teadsid dietoloogide/toitmisravi spetsialistide olemasolust (n=77). 14 (18,2%) vastajat arvas, et toitmisravi spetsialistid osalevad piisavalt osakonna koosolekutel/visiitidel. Rohkem kui praegu oleks vaja konsulteerida toitmisravi spetsialistidega arvas 30 (39,0%) vastajat. Iga päev külastab osakonda toitmisravi spetsialist 18 (23,4%) vastaja hinnangul, vähem kui kord nädalas teeb seda 39 (50,6%) vastaja hinnangul. Vajadus toitmisravi spetsialisti järele osakonnas on erinev: 14 (18,2%) arvates on teda vaja iga päev, 24 (31,2%) arvates vähem kui kord nädalas. Osakonna patsientidest puutuvad toitmisravi spetsialistiga kokku alla 5% hindas enamus (59,7%) vastajatest. 52 (67,5%) vastajat hindas, et toitmisravi spetsialist konsulteerib alatoitumusega patsienti samal või järgmisel päeval peale informeerimist, 16 (20,8%) vastaja hinnangul võtab see aega 2-3 päeva.

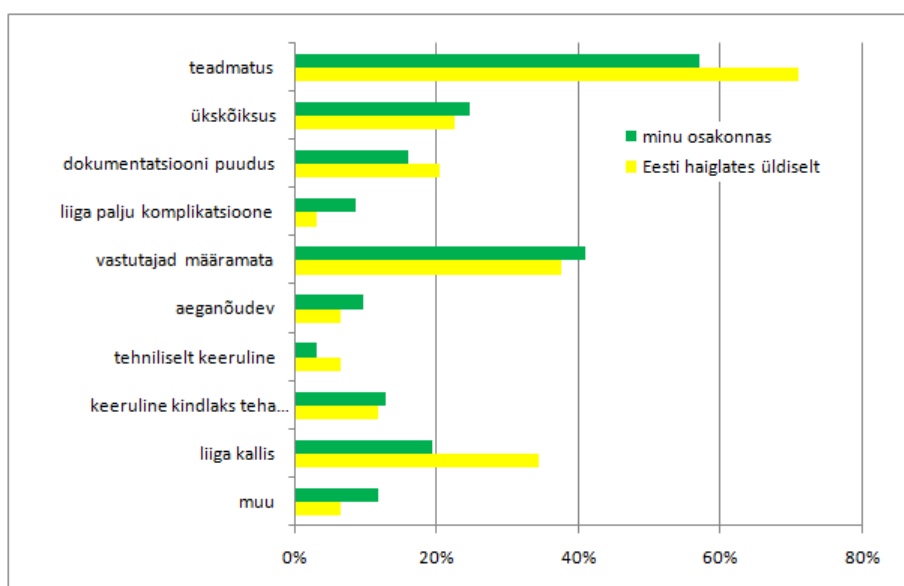


Joonis 7. Hinnang toitmisravi ülesannete jaotusele vastaja osakonnas

Milliseid toitmise ravi tooteid osakonnas hoitakse, seda otsustab osakonna õendusjuht (42,4-48,9%) või arstid (26,1-31,5%). 24-28 (26,1-30,4%) vastajat ei teadnud, kes seda otsustab. Millist toitmise ravi toodet patsient saab, seda otsustavad osakonna arstid (67,4-72,8%) või toitmise ravi konsultandid (41,3-44,6%), 13-20 (14,1-21,7%) vastajat arvasid, et seda otsustab osakonna õenduspõhine personal.

Patsiendi osakonnast väljakirjutamisel oli 71 (77,2%, „nõus” või „pigem nõus”) vastaja arvates epikriisis kirjas määratud toitmise ravi meetod. 21 (22,8%, „ei nõustu” või „pigem ei nõustu”) vastajaid olid arvamusel, et seda ei ole kirjas. 64 (69,6%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajat nõustus, et epikriisis on kajastatud kaua peab patsiendi toitmise ravi kestma ja 54 (58,7%, „nõus” või „pigem nõus”) vastaja arvates on selgelt määratletud, kes tegeleb patsiendi toitmise probleemidega pärast haiglast välja kirjutamist.

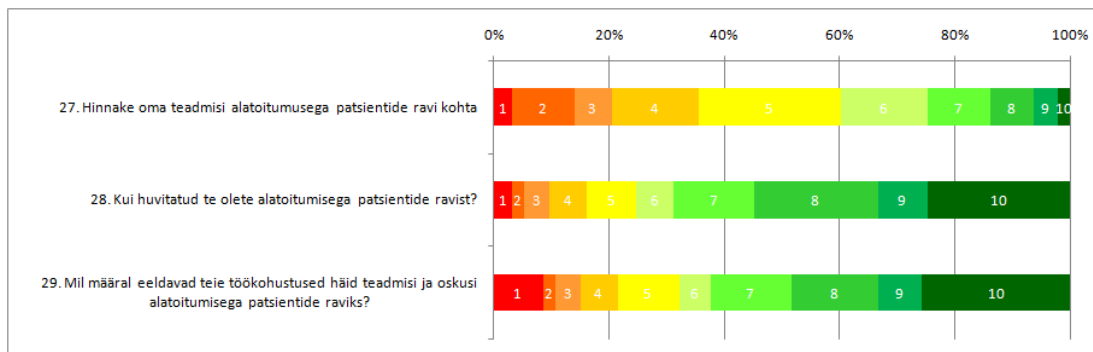
Nelja (4,3%) vastaja haridus oli piisav, et teha kliinilise toitmise ravi otsuseid. Selle väitega ei nõustunud üldse või pigem ei nõustunud 61 (65,6%) vastajat. Patsiendi energiavajaduse kindlakstegemist pidas keeruliseks 49 (52,7%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajat. 35 (37,6%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajat pidas keeruliseks selgeks teha, millised patsiendid vajavad toitmise ravi. 46 (49,5%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajat hindas raskeks alatoitumisega patsientide väljaselgitamist. 25 (26,9%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajate arvates saavad patsiendid nii vähe toitaineid, et sellel on kliinilised tagajärjed (komplikaatsioonid, pikem haiglaravi või aeglasem paranemine).



Joonis 8. Hinnang põhjustele, miks patsiendid ei saa piisavalt heal tasemel toitmise ravi

Vastajate arvates oli peamine põhjus miks patsiendid ei saa piisavalt heal tasemel toitmisravi teadmatus (57,0%). 38 (40,9%) vastajat arvas, et ebapiisava toitmisravi põhjuseks on määramata vastutajad. (vt joonis 8.)

Väga hästi tõendatud on 38 (40,9%) vastaja arvates, et kui patsient saab heal tasemel toitmisravi on ka vähem operatsioonijärgseid komplikatsioone. Väga hästi tõestatuks pidasid vastajad seda, et heal tasemel toitmisravi tagab kiire taastumise (52,7%), lühema haiglaravi perioodi (45,2%) ja vähem lamatishaavandeid (34,4%).

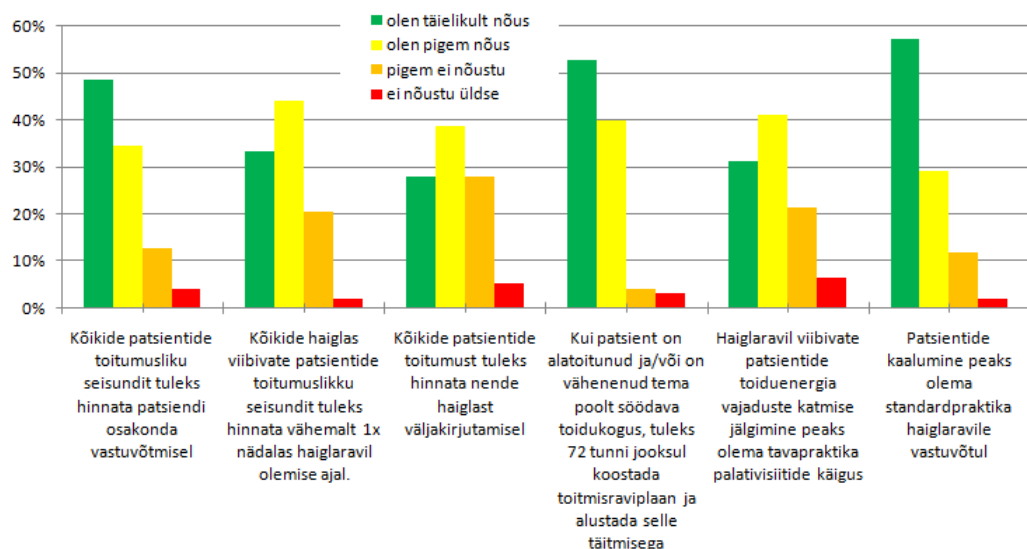


Joonis 9. Vastajate hinnangud teadmistele, huville ja teadmiste vajadusele toitmisravi kohta

Oma teadmisi toitmisravist hinnatakse keskmisteks (keskväärtus 5,1), huvi alatoitumisega patsientide ravi vastu hinnatakse märgatavalt suuremaks (keskväärtus 7,2). Seda, kui palju töökohustused eeldavad häid teadmisi ja oskusi alatoitumisega patsientide ravist, hinnati kõrgemaks (keskväärtus 6,9) kui oma teadmisi sellest. (vt joonis 9.)

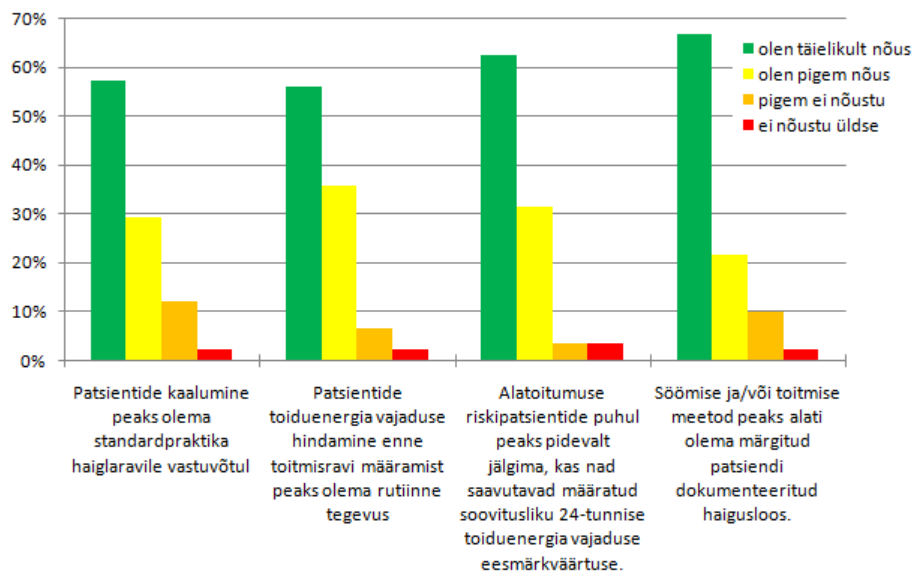
4.3. Ootused toitmisravi praktika korraldusele

Vastajate ootused toitmisravi korraldamisele erinevad märgataval tegelikust toitmisravi praktikast. Kõikide patsientide toitumuslikku seisundi hindamist osakonda vastuvõtul pidas vajalikuks 77 (82,8%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajat. Kõigi haiglas viibivate patsientide toitumusliku seisundi hindamist vähemalt kord nädalas pidas vajalikuks 72 (77,4%, „nõus” või „pigem nõus”) vastanutest. Regulaarset kõigi patsientide toitumusliku seisundi hindamist haiglas viibimise ajal pidas tavapraktikas ainult 18 (19,4%) vastajat. 62 (66,7%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajat arvas, et kõikide patsientide toitumust tuleks hinnata nende haiglast väljakirjutamisel. (vt joonis 10.)



Joonis 10. Vastajate ootused toitmiseviisi praktikale

Patsiendile toitmiseviisi koostamist, kui patsient on alatoitunud või on vähenenud tema poolt söödav toidukogus, 72 tunni jooksul pidas vajalikuks 86 (92,5%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajat. 45 (48,4%) vastajat arvab, et tavapraktikas seda ei tehta. Palativiitide käigus peaks 67 (72,0%, „nõus” või „pigem nõus”) vastaja arvates jälgima haiglaravil viibivate patsientide toiduenergia vajaduste katmist.

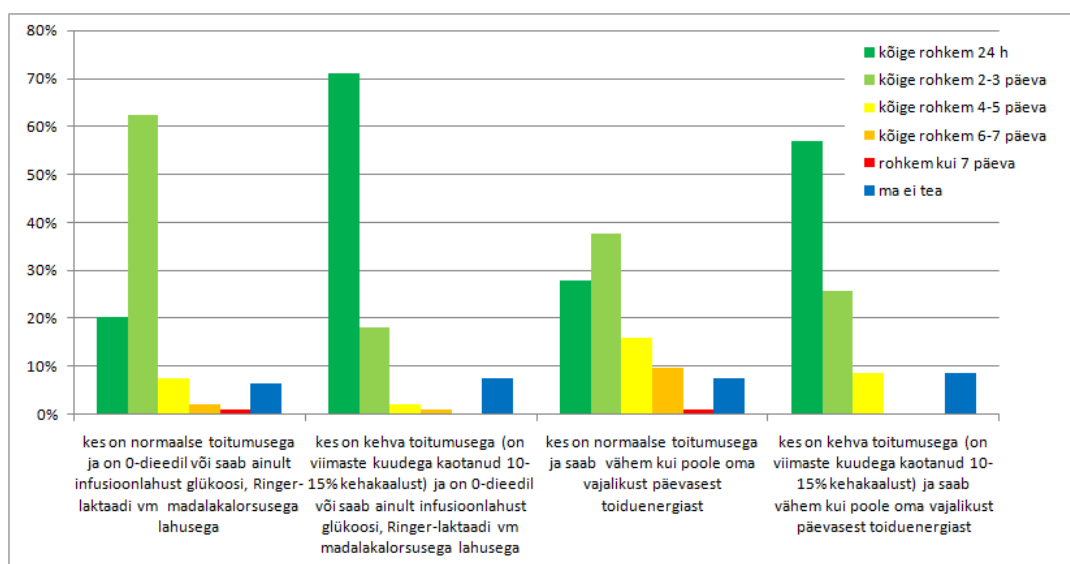


Joonis 11. Vastajate ootused toitmiseviisi praktikale

Seda, et haiglaravile vastuvõtul peab patsiente kaaluma (vt joonis 11), sellega olid täielikult nõus või pigem nõus 80 (86,0%) vastajat. 85 (91,4%) vastajat nõustusid täielikult või olid pigem nõus sellega, et patsientide toiduenergia vajaduse hindamine enne toitmiseviisi määramist peaks olema rutiinne tegevus. 87 (93,5%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajat arvas, et alatoitumuse

riskipatsientide puhul peaks pidevalt jälgima, kas nad saavutavad määratud soovitusliku 24-tunnise toiduenergia vajaduse eesmärkväärtuse. Sellega, et söömise ja/või toitmise meetod peaks alati olema märgitud patsiendi dokumenteeritud haigusloos, nõustus 82 (88,2%, „nõus” või „pigem nõus”) vastajat.

Toitmisravi alustamisega alatoitunud patsiendi puhul (kes on 0-dieedil) võib oodata 66 (71,0%) vastaja hinnangul kõige rohkem 24 tundi, 17 (18,3%) hinnangul 2-3 päeva. Alatoitunud patsientidel, kes saavad vähem kui poole oma vajalikust päevasest toiduenergiast, võib oodata toitmisravi määramisega kõige rohkem 24 tundi (57,0%) või 2-3 päeva (25,8%). Toitmisravi määramiseks patsiendile peaks haiglaravi eelselt anamneesis patsiendi kaalulangus olema 12 (12,9%) vastaja arvates vähemalt 5%, 32 (34,4%) vastaja arvates vähemalt 10% ja 8 (8,6%) vastaja arvates võiks see olla vähemalt 20-25%. (vt joonis 12.)

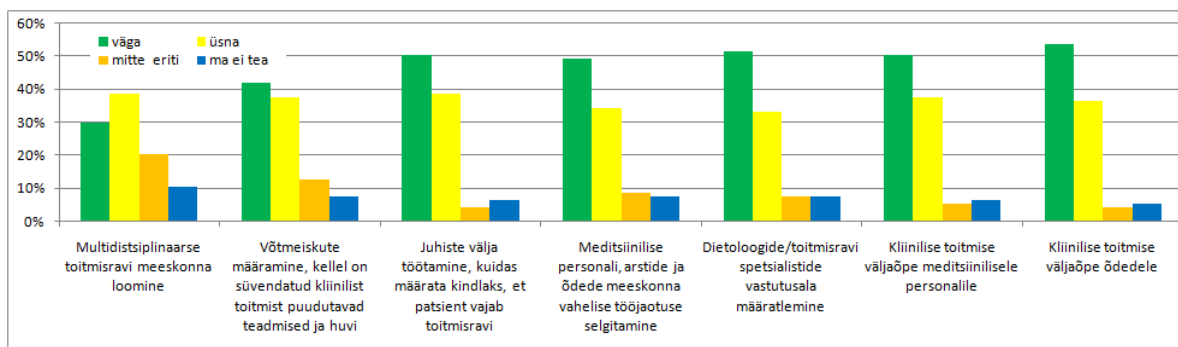


Joonis 12. Hinnang toitmisravi alustamise vajadusele erinevas seisus patsientide puhul

Ülekaalulise patsiendi, kes haiglas viibimise ajal ei saa suukaudsel söömisel piisavalt toitaineid, toitmisele sondiga oli kindlalt või mõõdukalt vastu 38 (40,9%) vastajat. Tavapraktikas võib ka ülekaaluline olla alatoitunud. 76 (81,7%) vastaja arvates ei ole pahaloomuline haigus takistuseks, et alustada sonditoitmist. 72 (77,4%) vastajat ei olnud üldse või olid pisut dementsusega patsiendi sonditoitmine vastu. 67 (72,0%) ei oleks üldse sonditoitmise kasutamise vastu üle 80 aasta patsiendi puhul.

Ülekaalulise patsiendi, kes haiglas viibimise ajal ei saa suukaudsel söömisel piisavalt kaloreid, parenteraalse toitmise vastu ei oleks 41 (44,1%) vastajat, 12 (12,9%) vastajat olid kindlalt selle vastu. Diabeediga patsiendi parenteraalsele toitmisele olid kindlalt vastu 2 (2,2%) vastajat ja 71

(76,3%) polnud see takistuseks. Pahaloomulise haigusega patsiendi parenteraalsele toitmisele vastu ei olnud 66 (71,0%) vastajat ja kindlalt vastu oli 1 (1,1%) vastaja.



Joonis 13. Vastajate huvi toitmise praktikat parandavate tegevuste vastu

Toitmise praktika parandamise eesmärgil on võimalik teha mitmeid samme (vt joonis 13). Oma osakonnas multidistsiplinaarse toitmise meeskonna loomise poolt oli 64 (68,8%, „väga” ja „üsna”) vastajat, toitmise vajaduse hindamise juhiste väljatöötamise poolt oli 83 (89,2%) vastajat, võtmeiskute määramise poolt oli 74 (79,6%). Kliinilise toitmise väljaõpet tervishoiutöötajatele pidas vajalikuks 82 (88,2%) vastajat ja väljaõpet õdedele pidas vajalikuks 84 (90,3%) vastajat.

4.4. Õdede ja arstide hinnangu võrdlus

Uurija võrdles arstide ja õdede hinnanguid küsimustikule vastamisel. Arstide ja õdede hinnangud enamasti ei erinenud. Näiteks hinnang patsientide toitumusliku seisundi regulaarsele hindamisele ($p=0,326$) või ootus, et kõigi patsientide toitumuslikku seisundit tuleks hinnata vähemalt kord nädalas ($p=0,245$). Küsimustiku vastustest loodud 210 testitud tunnusest erinesid arstide ja õdede hinnangud tõestatavalt ainult 20 tunnusel.

Arstide hinnang patsientide toitumuse hindamisele väljakirjutamisel osakonnast kui standardprotseduurile ($p=0,035$). on õdede hinnangust tagasihoidlikum. Arstid määravad enteraalse toitmise e sondi kaudu toitmise patsiendile ($p=0,003$). Arstid määravad ka parenteraalse toitmise e veenikaudse toitmise patsiendile ($p=0,001$). Õed alustaksid kiiremini normaalse toitumusega patsiendi, kes on 0-dieedil või saab ainult infusioonlahust glükoosi, Ringer-laktaadi vm madalakalorsusega lahust, toitmise määramist ($p=0,028$). Õed on rohkem sonditoitmise kasutamise vastu patsiendil, kes haiglas viibimise ajal ei saa suukaudsel söömisel piisavalt toitaineid, juhul kui patsiendi maksategevus on häiritud ($p=0,006$); neerutegevus on häiritud ($p=0,001$) või patsiendil on diabeet ($p=0,009$). Arstid on rohkem parenteraalse toitmise kasutamise vastu patsiendil, kes on suuremas ja suukaudse söömisega ei saa piisavalt kaloreid

ning kellel ei saa sonditoitmist kasutada ($p=0,007$). Õdede arvamused lahknesid rohkem hinnates enteraalsest e. sondi kaudu toitmisest hoidumist kartes võimalikke komplikatsioone ($p=0,038$). Õed hindasid paremaks neid toitmisravi praktika parandamiseks tehtud samme: juhised patsiendi parenteraalseks toitmiseks ($p=0,049$); tööjaotuse kirjeldamine arstide ja õdede vahel toitmisravi läbiviimisel ($p=0,037$); kliinilist toitmist puudutavaid kvaliteedi arendamise projekte ($p=0,041$). Nii õed kui arstid hindasid ülesannete jagunemisel osakonnas rohkem enda ülesanneteks: patsientide toitumisprobleemidele reageerimist ($p=0,007$); patsiendi söödava toidu koguse jälgimist ($p=0,035$); patsiendi toitumusseisundi ja toitmisravi andmete edasi andmist teistele osakondadele ($p=0,019$). Arstid teadsid, võrreldes õdedega, vähem, kes otsustab, milliseid parenteraalseid toitmisravi tooteid osakonnas hoitakse ($p=0,022$). Arstid nõustusid vähem väitega, et perearstidel on piisavalt head teadmised tegelemaks alatoitumisega patsientidega ($p=0,047$). Hinnates peamisi põhjuseid, miks patsiendid minu osakonnas ei saa piisavalt heal tasemel toitmisravi (enteraalne ja parenteralne toitmine): teadmatust ($p=0,001$) pidasid põhjuseks rohkem arstid; tehnilist keerukust ($p=0,02$) pakkusid ainult arstid. Õdede arvamus lahknes rohkem hinnates väite tõestust, et optimaalse toitumise korral on vähem infektsioone ($p=0,029$).

5. ARUTELU

Käesolev uurimistöö on Eestis esimene, kus kirjeldatakse õdede ja arstide hinnanguid kliinilise toitmise rakendamise kohta. Uuritavate üldkogumi moodustasid Põhja-Eesti Regionaalhaigla statsionaarsetes osakondades töötavad 607 õde ja 156 arsti. Küsitlusele vastas 93 õde või arsti.

Uurija võrdles vastajate hinnanguid tegelikule toitmisravi praktikale vastajate ootustega toitmisravi praktikale. Kõikide patsientide toitumuslikku seisundit hinnati osakonda vastuvõtul veerandi vastajate arvates, aga seda pidas vajalikuks valdav enamus vastajaid. Kõigi patsientide toitumuslikku seisundit hinnatakse regulaarselt haiglas viibimise ajal viiendiku vastajate arvates, aga seda pidas vajalikuks üle kolmveerandi vastajatest. Kõigi patsientide toitumuslikku seisundit hinnati haiglast väljakirjutamisel kuuendiku vastajate arvates, aga seda pidas vajalikuks kaks kolmandikku vastajatest. Palativisiitide käigus jälgitakse patsientide energiabilanssi kümnendiku vastajate arvates, aga seda pidas vajalikuks ligi kolmveerand vastajatest. Kõiki patsiente kaaluti osakonda vastu võtmisel veerandi vastajate arvates, aga seda pidas vajalikuks valdav enamus vastajatest. Kõiki patsiente kaaluti regulaarselt haiglas viibimise ajal üle kümnendiku vastajate hinnangul, aga seda pidas vajalikuks kolmveerand vastajatest. Kõiki patsiente kaaluti haiglast väljakirjutamisel väga väheste vastajate hinnangul, kuid seda pidas oluliseks peaaegu kaks kolmandikku vastajatest. Enne toitmisravi määramist selgitati patsientide toiduenergia vajadus alla kuuendiku vastajate arvates, kuid seda pidas oluliseks valdav enamus vastajatest. Kõigi patsientide 24-tunni toiduenergia vajaduse eesmärkväärtust määrati väga väheste vastajate arvates, aga seda pidas vajalikuks üle kahe kolmandiku vastajatest. Alatoitumuse riskipatsientide määratud 24-tunni toiduenergia vajaduse eesmärkväärtuse saavutamist jälgitakse pidevalt kümnendiku vastajate arvates, aga seda pidasid vajalikuks peaaegu kõik vastajad. Patsientide haigusloos on alati märgitud kasutatav söömise ja/või toitmise meetod üle kolmandiku vastajate hinnangul, kuid seda pidas vajalikuks valdav enamus vastajatest.

Need küsimustiku väited kirjeldavad ESPEN-i juhiseid toitmisravi rakendamiseks. Sellest saab järeldada, et alla veerandi vastajate arvates vastab tegelik toitmisravi praktika ESPEN-i soovitustele. Samas on valdava enamuse vastajate ootused toitmisravi praktikale kooskõlas ESPEN-i soovitustega. Arvestades, et alla veerandi vastajate arvates järgitakse, aga valdava enamuse arvates peaks järgima ESPEN-i soovitusi, siis võib öelda, et vastajate hinnang tegelikule toitmisravi praktikale ja vastajate ootused toitmisravi praktikale erinevad suurel määral.

Sarnase uuringuga, millega alustati 2012. aastal Taani haiglates, taheti välja selgitada õdede positiivset või negatiivset suhtumist ESPEN-i juhistesse üldiselt. Selgus, et kõikidesse ESPEN-i juhiste elementidesse suhtusid õed positiivselt (90-97%), hoolimata sellest, et tegelikkuses täideti neid juhiseid vaid 13-48% (Holst jt 2014). Võrreldes selle uuringu tulemusi käesoleva uuringu tulemustega, paistab silma Taani õdede kõrgem hinnang suhtumisse ESPEN-i juhistesse ja nende rakendamisse. Põhja-Eesti Regionaalhaigla tervishoiutöötajate suhtumine ESPEN-i juhistesse (61-94%) oli madalam kui Taanis, Samuti oli hinnang tegeliku toitmisravi praktika vastavusele ESPEN-i juhistele (6-40%) madalam kui Taanis.

Uuriija vaatles ka vastajate hinnanguid oma teadmistele toitmisravi praktika rakendamisel. Küsitlusele vastajatest 65,6% pidas oma haridust ebapiisavaks kliinilise toitmisravi rakendamisel. Toitmisravi rakendamisel peeti keeruliseks toitmisravi vajavate patsientide kindlaks tegemist (37,6%), patsiendi alatoitumuse määramist (49,5%), patsiendi energiavajaduse kindlaks tegemist (52,7%). 89,2% vastanutest soovisid kliinilise toitmise ravijuhiste väljatöötamist. 26,9% nõustus väitega, et ebapiisav toitmispraktika põhjustab komplikatsioone, pikemat haiglaravi või aeglasemat paranemist.

2004. aastal Skandinaavia haiglates läbiviidud uurimuses selgus, et peamine takistus toitmisravi soovitude järgimises on ebapiisavad teadmised selles valdkonnas. 25% vastanutest leidis, et väga raske on kindlaks teha patsiendi kliinilise toitmise vajadust. 39% kurtis väheseid teadmisi patsiendi alatoitumuse kindlaks tegemisel, 53% leidis, et on liiga keeruline kindlaks teha patsiendi energia vajadust. 66% kinnitas, et puudub riiklik juhend, kuidas haiglas läbi viia kliinilist toitmist. 28% oli nõus sellega, et ebapiisav toitmispraktika toob kaasa komplikatsioone ja pikendab haiglas viibimise aega. (Mowe jt 2008.)

Võrreldes käesoleva uuringu tulemusi 2004. aasta Skandinaavia uuringuga on meil ebapiisavad teadmised veel suurem probleem. Hinnang toitmisravi praktikaks vajalike teadmiste puudumisele on suurem, kui Skandinaavia uuringus. Uuriija enda kogemuste põhjal töös seedetrakti ülaosa haigustega patsientidega sekkutakse tavaliselt vaid äärmuslikes olukordades (kaugele arenenud defitsiidi tingimustes). Vajaka jääb tervishoiutöötajate toitmisravi alasest teadlikkusest ja oskustest. Üle veerandi vastajatest ei olnud teadlikud toitmisravi spetsialistide olemasolust haiglas. Üle poolte vastajatest pidas oma teadmisi ja oskuseid ebapiisavaks hea toitmisravi praktika rakendamiseks.

Üle kolmveerandi vastajatest ei olnud teadlikud toitmisravi meeskonna olemasolust. Hinnates ülesannete jaotust osakonnas ei teadnud üle kümnendiku vastajatest, kelle ülesanne on patsientide toitumuprobleemidele reageerimine. Erinevate toitmisravi ülesannete kohta ei teadnud kuni veerand vastajaist, kes nendega tegeleb või arvas, et nendega ei tegeleta. Veerand kuni kolmandik vastajaid ei teadnud kes otsustab milliseid toitmisravi tooteid osakonnas hoitakse. Need hinnangud näitavad, et toitmisravi alaste tööülesannete jaotus osakonnas ei ole selge. Seda kinnitab ka poolte vastajate hinnang et, tööjaotus toitmisravi läbiviimisel ei ole määratletud. Parema toitmisravi korraldamiseks on vajalik toitmisravi alaste ülesannete ja vastutuse selgem määratlemine.

Hinnates oma teadmisi ja oskuseid toitmisravi rakendamisel peeti kõige keerulisemaks patsiendi toitmisraviplaani koostamist (59,1%). Keeruliseks hinnati ka patsiendi energiavajaduse kindlaks tegemist ja patsiendi alatoitumuse määramist. Toitmisravi koolituste kavandamisel tuleks kindlasti neile teemadele tähelepanu pöörata.

Uurija võrdles arstide ja õdede hinnangute erinevust küsimustikule vastamisel. Võib öelda, et õdede ja arstide hinnangud ei erinenud. Ilmnenud erinevused on pigem põhjendatavad õdede ja arstide erinevate tööülesannete - ja pädevustega. Näiteks kuulub toitmisravi määramine arsti pädevusse ja see tuli ka välja vastustest.

5.1. Eetilised aspektid

Uurimistöö läbiviimiseks on saadud luba Põhja-Eesti Regionaalhaiglast, kus uurimus läbi viidi. Seejärel saadi luba uurimise läbiviimiseks ka Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komiteelt (vt lisa 3). Mõõdiku tõlkimiseks ja kasutamiseks saadi luba küsimustiku autorilt Mitra Unosson-It (vt lisa 4).

Küsitluse tulemused ei sisaldanud uuritavate kohta andmeid, mis võimaldanuks neid üheselt tuvastada. Väikese vastajate arvu tõttu, vastajate anonüümsuse tagamiseks, pidi uurija vastajate taustaandmed ümber grupeerima, liites sarnased osakonnad üksteisega kokku.

5.2. Usaldusväarsuse kontroll ja töö kitsaskohad

Käesolevas uurimistöös hinnati küsimustiku reliaablust ehk sisemist kooskõla Cronbachi α -ga, mille väärtuseks sain 0,71 (vt tabel 2). Saadud tulemuste põhjal sai järeldada, et küsimustiku väited olid omavahel seotud ja mõõtsid uuritavat nähtust, mõõdik oli usaldusväärne.

Tabel 2. Küsimustiku eri osade Cronbachi α -ga väärtused

Patsientide toitumuse ja kaalu hindamine	0,90
Enteraalne ja parenteraalne toitmine	0,23
Ülesannete jagunemine osakonnas	0,94
Haridus, teadmised ja igapäevane praktika	0,79
	0,71

Haiglas töötavast õdedest ja arstidest vastas küsitlusele 12,2%. Madala vastamisprotsendi tõttu ei tohiks tulemusi üldistada. Kuna haiglas ei olnud õdedele ühist e-kirjagruppi loodud, siis ei saanud uurija kõigile õdedele otse e-kirjaga küsimustikku saata. Küsimustiku saatmiseks pidi uurija kasutama õendusjuhtide vahendamist. Sellise vahendamise kasutamine võis vähendada vastajate hulka. Samuti võis vastamisel saada takistuseks liiga pikk ja aeganõudev küsimustik.

5.3. Tulemuste olulisus

Antud uurimistöö aitab kirjeldada õdede ja arstide hinnanguid kliinilise toitmise rakendamise vajaduse ja reaalse rakendamise kohta. Hinnangutest on näha millised on õdede ja arstide teadmised toitmise kohta ja milline on kliinilise toitmise praktika. Uurimistöö käigus läbiviidud uuringu tulemused on lähtematerjaliks koolitusvajaduse hindamiseks ja edaspidiseks toitmise kvaliteedi parandamiseks.

6. JÄRELDUSED

Uurimistöö tulemuste põhjal järeldeb uurija:

- alla veerandi õdede ja arstide hinnangul vastab tegelik toitmisravi praktika ESPEN-i soovitudele. Hea toitmisravi praktika nõuab igapäevaselt ESPEN-i soovitude järgimist.
- valdava enamuse õdede ja arstide hinnangud soovitud toitmisravi praktika korraldusele on kooskõlas ESPENi soovitudustega.
- õdede ja arstide hinnangute erinevus tegeliku toitmisravi praktika ja soovitud toitmisravi korraldamise vahel on väga suur. Alla veerandi õdede ja arstide arvates järgitakse toitmisravi praktikas ESPEN-i soovitusi, valdava enamuse õdede ja arstide arvates peaks toitmisravi korraldus järgima ESPEN-i soovitusi.
- õdede hinnangud ei erine arstide hinnangutest. Õed ja arstid vastasid sarnaselt enamikule küsimustele. Erinevad vastused on paljuski põhjendatavad õdede ja arstide erinevate tööülesannete - ja pädevustega.
- õed ja arstid hindasid oma toitmisravi alaseid teadmisi ja oskusi kõige madalamaks toitmisraviplaani koostamisel, patsiendi energiavajaduse kindlaks tegemisel ja patsiendi alatoitumuse määramisel. Täiendkoolituste planeerimisel tuleks eelistada neid teemasid.
- parema toitmisravi korraldamiseks on vajalik toitmisravi alaste ülesannete ja vastutuse selgem määratlemine. Toitmisravi vajadus erinevates haigla osakondades võib erineda aga uuringu liiga väike vastajate arv ei võimaldanud hinnata ülesannete ja vastutuse jaotust osakonniti. Seetõttu on soovitatav täiendavalt uurida toitmisravi vajadust ja takistusi sellele erinevates osakondades.

KASUTATUD KIRJANDUS

Barker, L.A., Gout, B.S., Grove T.C. (2011). Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2): 514-527.

Burns, N., Grove, S.K. (2005). The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization. Elsevier. Missouri.

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S.C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G.L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S.M., Schueren, M.A.E., Sieber, C., Valentini, L., Yu, J.C., Van Gossum, A., Singer, P. (2016). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, okt: 1-16

Edington, J., Boorman, J., Durrant, E.R., Perkins, A., Giffin, C.V., James, R., Thomson, J.M., Oldroyd, J.C., Smith, J.C., Torrance, A.D., Blackshaw, V., Green, S.M., Hill, C.J., Berry, C., McKenzie, C., Vicca, N., Ward, J.E., Coles, S.J. (2000). Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. *Clinical Nutrition*, 19(3): 191-195.

Holst, M., Rasmussen, H.H., Unosson M. (2009). Well-established nutritional structure in Scandinavian hospitals is accompanied by increased quality of nutritional care. *Clinical Nutrition*, 4(1): 22–29

Holst, M., Staun, M., Kondrup, J., Bach-Dahl, C., Rasmussen, H.H. (2014). Good nutritional practice in hospitals during an 8-year period. *e-SPEN Journal*, 9(4): 155-160.

Kidron, A. (2008). Uurija käsiraamat: mis ja milleks? Kuidas? Mis meetodil? Mondo. Tallinn.

Klek, S., Krznaric, Z., Gundogdu, R.H., Chourdakis, M., Kekstas, G., Jakobson, T., Paluszkievicz, P., Bender, D.V., Uyar, M., Demirag, K., Poulia, K.A., Klimasauskas, A., Starkopf, J., Galas, A. (2015). Prevalence of malnutrition in various political, economic, and geographic settings. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, 39(2): 200-210.

Laur, C., Keller, H., (2015). Implementing best practice in hospital multidisciplinary nutritional care: an example of using the knowledge-to-action process for a research program. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8: 463-472.

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3): 524-532.

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. (2008). Insufficient nutritional knowledge among healthcare workers. *Clinical Nutrition*, 27(2): 196-202.

nutritionDay worldwide. <https://www.nutritionday.org/> (07.04.2018)

Nygrena, J., Thacker, J., Carli, F., Fearon, K.C.H., Norderval, S., Lobo, D.N., Ljungqvist, O., Soop, M., Ramirez, J. (2012). Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *Clinical Nutrition*, 31: 801-816

Pedersen, P., Tewes M., Bjerrum, M. (2012). Implementing nutritional guidelines – the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1): 178-185.

Pichard, C., Meier, R., Komsa, R. (2012). Clinical nutrition university: Introduction to clinical nutrition support. *e-SPEN Journal*, 7(4): 167-170.

Pirlich, M., Schutz, T., Norman, K., Gastell, S., Lukbe, H.J., Guldenzoph, H., Hahn, K., Jauch, K., Schindler, K., Stein, J., Volkert, D., Weimann, A., Werner, H., Wolf, C., Zurcher, G., Bauer, P., Lochs, H. (2006). The German hospital malnutrition study. *Clinical Nutrition*, 25(4): 563-572.

Preiser, J.C., Schneider, S.M. (2011). ESPEN disease-specific guideline framework. *Clinical Nutrition*, 30(5): 549-552.

Rasmussen, H., Kondrup, J., Staun, M., Ladefoged, K., Kristensen, H., Wengler, A. (2004). Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clinical Nutrition*, 23(5): 1009-1015.

Schindler, K., Pichard, C., Sulz, I., Volkert, D., Streicher, M., Singer, P., Ljungqvist, O., Gossum, A.V., Bauer, P., Hiesmayr, M. (2017). nutritionDay: 10 Years of Growth. *Clinical Nutrition*, 36(5): 1207-1214.

Singh, H., Duerksen, D. R. (2006). Survey of clinical nutrition practices of Canadian gastroenterologists. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 20(8): 527-530.

Soovitused täiskasvanute kliiniliseks toitmiseks. (2009). Eesti Kliinilise Toitmise Selts MTÜ. Tallinn.

Souza, T.T., Sturion, C.J., Faintuch, J. (2015). Is the skeleton still in the hospital closet? A review of hospital malnutrition emphasizing health economic aspects. *Clinical Nutrition*, 34(6): 1088-1092.

Tappenden, K.A., Quatrara, B., Parkhurst, M.L., Malone, A.M., Fanjiang, G., Ziegler, T.R. (2013) Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(9): 1219–1237.

White, J.V., Guenter, P., Jensen, G., Malone, A., Schofield, M. (2012). Consensus Statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics Recommended for the Identification and Documentation of Adult Malnutrition (Undernutrition). *Journal of Parenteral&Enteral Nutrition*, 36(3): 275-283

LISAD

Lisa 1. Küssimustik

Questionnaire

A survey among medical staff of the use of clinical nutrition

Please return to UNIVC
in the enclosed envelope **by 19 May 2004**

Background information

1. Sex

☐ Male

☐ Female

2. Age

☐ Under 30

☐ 30 - 39

☐ 40 - 49

☐ 50 - 60

☐ Over 60

3. When did you complete your medical studies ____ (year)

4. WHICH COUNTY DO YOU WORK IN?

☐ Bornholm County

☐ Copenhagen Hospital Corporation

☐ Frederiksborg County

☐ Funen County

☐ Copenhagen County

☐ County of North Jutland

☐ Ribe County

☐ Ringkøbing County

☐ Roskilde County

☐ Storstrøm County

☐ County of South Jutland

☐ Vejle County

☐ Viborg County

☐ County of West Zealand

☐ Aarhus County

5. Information about your current place of work:

☐ University hospital

☐ Other hospital

Which speciality are you working in at present? (Check one box only):

☐ Medical gastroenterology

☐ Internal medicine

☐ Oncology

☐ Other medical speciality

☐ Surgical gastroenterology

☐ General surgery (organ-based/parenchymal)

☐ Orthopaedic surgery

☐ Other surgical speciality

☐ Intensive care/anaesthesiology

☐ Geriatrics/rehabilitation

☐ Other

6. Information about the status of your present appointment:

☐ Consultant

☐ Staff specialist/specialist registrar

☐ Registrar

Evaluation of nutritional status, weighing of patients, etc.

1. Please respond to the statements given below concerning practices in your department (Check one box on each line)

	No	Yes, in selected patients (less than half)	Yes, in selected patients (over half)	Yes, in all patients
In my department, evaluation of the patient's nutritional status on <u>admission</u> is standard procedure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, ongoing evaluation of the patient's nutritional status <u>during admission</u> is standard procedure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, evaluation of the patient's nutritional status <u>on discharge</u> is standard procedure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, the patient's energy intake is routinely taken into account on ward rounds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, it is a fixed routine to weigh patients <u>on admission</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, it is a fixed routine to weigh patients at regular intervals <u>during admission</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, patients are routinely weighed <u>on discharge</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Please respond to the statements given below concerning patients who are at nutritional risk in your department (Check one box on each line)

	No	Yes, in a few patients at nutritional risk	Yes, in a number of patients at nutritional risk	Yes, in all patients at nutritional risk
In my department, measurement of dietary intake is undertaken in admitted patients at nutritional risk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, it is a fixed routine to determine the patient's energy requirements before prescribing nutritional therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, it is a fixed routine for prescription of nutritional therapy to indicate the 24-hour energy intake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, it is a fixed routine to establish a desirable level for each individual patient's 24-hour energy intake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, it is a fixed routine to monitor continuously whether patients are achieving the desired 24-hour level of energy intake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In my department, a nutritional regime is always included in the patient records	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3a. Please respond to the following statements concerning what you believe ought to be standard practice in your department: (Check one box on each line)

	Entirely agree	Largely agree	Largely disagree	Entirely disagree
All patients ought to have an evaluation of their nutritional status on <u>admission</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All patients ought to have an evaluation of their nutritional status at least once a week <u>during admission</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All patients ought to have an evaluation of their nutritional status <u>on discharge</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If the patient has compromised nutritional status and/or a reduced dietary intake, a nutritional regime should be initiated within 72 hours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3b. Please respond to the following statements concerning what you believe ought to be standard practice in your department:
(Check one box on each line)

	Entirely agree	Largely agree	Largely disagree	Entirely disagree
The energy intake of admitted patients should, as a routine, be taken into account on ward rounds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patients should be weighed on admission as a matter of fixed routine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patients should be weighed at fixed intervals during admission, as a matter of routine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patients should be weighed on discharge, as a matter of routine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calculation of the patient's energy requirements should be made before initiation of nutritional therapy, as a matter of routine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescriptions for nutritional therapy should indicate the 24-hour energy intake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The desirable level of 24-hour energy intake should be calculated for each individual patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
There should be ongoing checks of whether patients at nutritional risk are achieving the desirable level of 24-hour energy intake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The nutritional regime should always be included in the patient records	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Use of enteral and parenteral nutrition

4. When did you last prescribe tube feeding for a patient?¹ (Check one box)

- ☐ Within the last week ☐ Within the last 6 months ☐ Have never prescribed tube feeding
☐ Within the last month ☐ More than 6 months ago ☐ Not applicable as I do not take part in clinical work

5. When did you last prescribe parenteral feeding for a patient?² (Check one box)

- ☐ Within the last week ☐ Within the last six months ☐ Have never prescribed parenteral feeding
☐ Within the last month ☐ More than six months ago ☐ Not applicable as I do not take part in clinical work

6. Please indicate how many days you would, in general, find it acceptable for the patients indicated below to undergo fasting or to receive less than half their normal energy requirements. (Check one box on each line)

For how many days would you, in general, find it acceptable that a patient	At most 24 hours	At most 2-3 days	At most 4-5 days	At most 6-7 days	More than 7 days	Don't know
with a normal nutritional status should fast or be on 'weak' fluids intravenously before you initiate nutritional therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with a poor nutritional status (e.g. a patient who has lost 10 to 15% of body weight within the last months) should fast or be on 'weak' fluids intravenously before you initiate nutritional therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with a normal nutritional status should ingest less than half of normal energy requirements before you initiate nutritional therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with a poor nutritional status (e.g. a patient who has lost 10 to 15% of body weight within the last months) should ingest less than half of normal energy requirements before you initiate nutritional therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Definition: Supply of energy/protein by tube. The tube might be a nasogastric, nasoenteral or PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) tube

² Definition: Supply of energy/amino acids parenterally

7. How much loss of body weight would you find acceptable in a patient during admission before you initiate nutritional therapy?
(Check one box)

- ☐ At most 5% ☐ At most 15% ☐ At most 25%
☐ At most 10% ☐ At most 20% ☐ Don't know

8. To what extent would you, in general, be reluctant to start tube feeding a patient who is not getting sufficient nutrition during admission if the patient: (Check one box on each line)

	Strongly	Moderately	Mildly	Not at all
is overweight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
is dying, regardless of the basic illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has a malignant condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
is over 80 years of age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has suffered a stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has impaired liver function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has impaired kidney function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has impaired pulmonary function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suffers from senile dementia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. If tube feeding cannot be used, to what extent would you be, in general, reluctant to employ parenteral feeding for a patient who is not getting sufficient nutrition during admission, if the patient: (Check one box on each line)

	Strongly	Moderately	Mildly	Not at all
is overweight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
is dying, regardless of the basic illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has a malignant condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
is over 80 years of age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has suffered a stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has impaired liver function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has impaired kidney function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
has impaired pulmonary function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suffers from senile dementia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Please indicate the extent to which you agree with the statements made below concerning the situation in your department.
(Check one box on each line)

	Entirely agree	Largely agree	Largely disagree	Entirely disagree
The difficulty of providing adequate nutrition with a nasogastric tube is a barrier to its use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG tubes are too little used	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tube feeding involves so much inconvenience or discomfort for the patient that treatment is often interrupted prematurely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The patient's objection to the insertion of a tube constitutes a barrier to start on tube feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The risk of complications may well deter the department from initiating tube feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tube feeding has low priority because it is highly staff-intensive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Please indicate the extent to which you agree with the statements made below concerning the situation in your department. (Check one box on each line)

	Entirely agree	Generally agree	Generally disagree	Entirely disagree
Parenteral feeding is easier for the ward staff to carry out, as compared with tube feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The risk of complications may well deter the department from initiating tube feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parenteral feeding is used in patients who object to tube feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parenteral feeding has low priority because it is highly staff-intensive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parenteral feeding has low priority because it is an expensive treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lack of staff competent to insert a central venous catheter can lead to delay in the prescribed time for initiating parenteral nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allocation of responsibility and measures in the department

12. Has your department instituted any of the measures below, with the aim of improving capacity for dealing with nutritional problems? (Check one box on each line)

	Yes	No	Don't know
Established a multidisciplinary nutrition team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appointed one or more resource persons with special knowledge of and interest in clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produced guidelines on how patients with nutritional therapy needs can be identified	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produced instructions/guidelines on tube feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produced instructions/guidelines on parenteral feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Described how responsibility is to be divided between medical staff and nursing staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defined the scope of the responsibility of clinical dieticians	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provided education for medical staff in clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provided education for nursing staff in clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Performed quality development projects on clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. To what extent would you be keen to introduce the following measures in your department: (Check one box on each line)

	Very keen	Fairly keen	Not keen	Don't know
Establishment of a multidisciplinary nutrition team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appointment of one or more resource persons with special knowledge of and interest in clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Production of guidelines on how patients with nutritional needs can be identified	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Production of instructions/guidelines on tube feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Production of instructions/guidelines on parenteral nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of how responsibility is to be divided between medical and nursing staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definition of the scope of the responsibility of clinical dieticians	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provision of education for medical staff in clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provision of education for nursing staff in clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Performance of quality development projects on clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14a. How are tasks and responsibilities divided among the department's various professional groups and dietitians? (You may check several boxes on each line)

	Nursing staff	Physicians	Dieticians	Social and health care assistants	Don't know
Who has responsibility for evaluating the patient's nutritional status?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who calculates the patient's total 24-hour energy intake?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Which staff groups in the department focus most closely on nutritional problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who has responsibility for ensuring that the patients get correct and adequate nutrition (i.e. their energy and protein requirements are being covered)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who has responsibility for reacting to the patients' nutritional status?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who decides whether dietary recording should be undertaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who actually does the recording?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who has the broadest overview of the patients' dietary intake?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In the event that dietary recording indicates that the patients are not getting enough nutrition to meet their energy requirements, who is responsible for reacting to this situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14b. How are tasks and responsibilities divided among the department's various professional groups and dietitians? (You may check several boxes on each line)

	Nursing staff	Physicians	Dieticians	Social and health care assistants	Don't know
Who is responsible for producing an individual treatment plan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who decides that the patient needs energy-enriched drinks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who decides that the patient needs to be tube-fed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who decides that the patient needs parenteral feeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who decides that the patients needs a special diet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who is responsible for ensuring that the patient actually gets the prescribed amount?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who is responsible for ensuring that the information on a patient's nutritional status and treatment is forwarded to other departments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Who is responsible for ensuring that information on the patient's nutritional status is forwarded to the primary sector?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. In your hospital, do you have dietitians whom the departments can consult?

☐ Yes

☐ No (proceed to question 21)

☐ Don't know (proceed to question 21)

16. Please answer the following questions (Check one box on each line)

	Yes	Yes, to some extent	No	Don't know
Do the dietitians regularly take part in one or more nursing, medical or multidisciplinary conferences in the department?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is it your opinion that it would be helpful to use dietitians more extensively than you do at present?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is it your opinion that there is a shortage of dietician resources in the department?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. How often does the dietitian visit the department? (Check one box)

- ☐ Daily ☐ About once or twice a week
☐ About 3 or 4 times a week ☐ Less than once a week

18. How often, in your opinion, is there a need for dietetic expertise in the department? (Check one box)

- ☐ Daily ☐ About once or twice a week
☐ About 3 or 4 times a week ☐ Less than once a week

19. What percentage of your patients is the dietitian involved with? (Check one box)

- ☐ Less than 5% ☐ Between 10 and 15%
☐ Between 5 and 10% ☐ More than 20%

20. What is the usual interval between the department sending a referral letter about a malnourished patient and the dietitian seeing the patient? (Check one box)

- ☐ Usually on the same or the next day ☐ Usually 4 to 5 weekdays
☐ Usually 2-3 weekdays ☐ Usually more than one week

21. Who decides which nutritional products are kept in the department? (You may check several boxes))

Parenteral feeding	Tube feeding	Protein and energy-enriched drinks
<input type="checkbox"/> The Drugs Committee	<input type="checkbox"/> The Drugs Committee	<input type="checkbox"/> The Drugs Committee
<input type="checkbox"/> Nutrition Committee/expert group	<input type="checkbox"/> Nutrition Committee/expert group	<input type="checkbox"/> Nutrition Committee/expert group
<input type="checkbox"/> Head of clinic/department	<input type="checkbox"/> Head of clinic/department	<input type="checkbox"/> Head of clinic/department
<input type="checkbox"/> Department's medical staff	<input type="checkbox"/> Department's medical staff	<input type="checkbox"/> Department's medical staff
<input type="checkbox"/> Department's nursing staff	<input type="checkbox"/> Department's nursing staff	<input type="checkbox"/> Department's nursing staff
<input type="checkbox"/> Department's social and health care assistants	<input type="checkbox"/> Department's social and health care assistants	<input type="checkbox"/> Department's social and health care assistants
<input type="checkbox"/> Dietitians	<input type="checkbox"/> Dietitians	<input type="checkbox"/> Dietitians
<input type="checkbox"/> Others (specify): _____	<input type="checkbox"/> Others (specify): _____	<input type="checkbox"/> Others (specify): _____
<input type="checkbox"/> Don't know	<input type="checkbox"/> Don't know	<input type="checkbox"/> Don't know

22. Who decides which of the department's nutritional products each individual patient is to be given? (You may check several boxes)

Parenteral feeding	Tube feeding	Protein and energy-enriched drinks
<input type="checkbox"/> Department's medical staff	<input type="checkbox"/> Department's medical staff	<input type="checkbox"/> Department's medical staff
<input type="checkbox"/> Department's nursing staff	<input type="checkbox"/> Department's nursing staff	<input type="checkbox"/> Department's nursing staff
<input type="checkbox"/> Department's social and health care assistants	<input type="checkbox"/> Department's social and health care assistants	<input type="checkbox"/> Department's social and health care assistants
<input type="checkbox"/> Dietitians	<input type="checkbox"/> Dietitians	<input type="checkbox"/> Dietitians
<input type="checkbox"/> Others (specify): _____	<input type="checkbox"/> Others (specify): _____	<input type="checkbox"/> Others (specify): _____
<input type="checkbox"/> Don't know	<input type="checkbox"/> Don't know	<input type="checkbox"/> Don't know

23. To what extent do you agree with the statements given below concerning the discharge of a patient with malnutrition?

	Entirely agree	Largely agree	Largely disagree	Entirely disagree
The epicrisis will always show the nutritional regime that has been initiated	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The epicrisis will always show how long the nutrition therapy should continue for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
It will be clearly stated who has responsibility for following up on the patient's nutritional problems upon discharge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Community nurses are well equipped to deal with malnourished patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
General practitioners have a good knowledge of the management of malnourished patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
We occasionally refrain from instituting nutrition therapy on discharge, as there is not adequate capacity in the primary sector to maintain the treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition is a low-priority area in the primary sector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Education, knowledge and routine

24. Please respond to the statements given below. (Check one box on each line)

	Entirely agree	Largely agree	Largely disagree	Entirely disagree
My education has given me a sound basis for making decisions about clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instruction in nutrition is a fixed component of the continuous education programme in the department	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The department's staff have sufficient insights into the importance of adequate nutrition in the overall progress of the patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I personally have sufficient insights into the importance of adequate nourishment for the general progress of the patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The department's staff have sufficient routine experience in the use of <u>tube feeding</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I personally have sufficient routine experience in the use of <u>tube feeding</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The department's staff have sufficient routine experience in the use of <u>parenteral feeding</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I personally have adequate routine experience in the use of <u>parenteral feeding</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I find that it is difficult to calculate the patient's energy requirements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I find that it is complicated to organise a nutrition programme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I find that there is a lack of general national guidelines (reference programme) for clinical nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I find that it is difficult to identify the patients who are in need of nutritional measures and support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I lack techniques for identifying malnourished patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition has low priority in my department	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Some of the patients get so little nourishment during admission in my department that this has clinical significance, e.g. leads to complications or to prolonged hospitalisation or protracted convalescence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Check the most important reasons why patients in Danish hospitals may get insufficient nutrition (enteral and parenteral feeding):

In my department (Check no more than 3 boxes)

- ☐ Ignorance
☐ Indifference
☐ Lack of documentation
☐ Too many complications
☐ No definition of responsibility
☐ Time-consuming
☐ Technically difficult
☐ Hard to identify the relevant patients
☐ Too expensive
☐ Other (specify): _____

In Danish hospitals in general (Check no more than 3 boxes)

- ☐ Ignorance
☐ Indifference
☐ Lack of documentation
☐ Too many complications
☐ No definition of responsibility
☐ Time-consuming
☐ Technically difficult
☐ Hard to identify the relevant patients
☐ Too expensive
☐ Other (specify): _____

26. To what extent do you regard the following assertions as having been documented? (Check boxes on the scale from 1 to 5, where 1 = not at all documented and 5 = well-documented)

Optimal nutrition implies	1	2	3	4	5
fewer postoperative complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fewer infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quicker rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
shorter admission time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lower mortality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reduced consumption of analgesics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fewer pressure sores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. How good is your knowledge of....? (Check one box on the scale from 1 to 10, where 1 = inadequate knowledge and 10 = very good knowledge)

knowledge	Inadequate knowledge					Very good				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
The treatment of malnourished patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. How interested are you in....? (Check one box on the scale from 1 to 10, where 1 = low interest and 10 = very interested)

	Low interest					Great interest				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
The treatment of malnourished patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. To what extent do you find it relevant for you to be well informed about....? (Check one box on the scale from 1 to 10, where 1 = not relevant and 10 = very relevant)

	Not relevant					Very relevant				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
The treatment of malnourished patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30a. Are you familiar with the Danish National Health Service's paper "Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og kliniske diætister - Screening og behandling af patienter i ernæringssagrisiko" [Guidelines for Medical Staff, Nursing Staff, Social and Health Care Assistants and Clinical Dieticians - Screening and treatment of patients at nutritional risk], published April 2003?

☐ Yes

☐ No

30b. If yes, have you read the paper? (Check one box)

☐ Yes, I have read the paper

☐ I have skimmed through the paper

☐ Yes, I have read a little of the paper

☐ No, I have not read the paper

30c. How useful do you consider the paper to be in day-to-day work? (Check one box)

☐ Very useful

☐ Slightly useful

☐ Useful

☐ Useless

31a. Are you familiar with a small ring-bound publication entitled "Ernæringsterapi - mål og midler" [Nutrition therapy: aims and means]?

☐ Yes

☐ No

31b. If yes, have you read the publication? (Check one box)

☐ Yes, I have read the entire publication

☐ I have skimmed through the publication

☐ Yes, I have read a little of the publication

☐ No, I have not read the publication

31c. How useful do you consider the publication to be in day-to-day practice? (Check one box)

☐ Very useful

☐ Slightly useful

☐ Useful

☐ Useless

32. If you have any comments or wish to expand on some of your responses, please use the back of this questionnaire

Thank you taking the time to respond to this questionnaire

Please remember to complete the response coupon and enclose it with the questionnaire if you wish to receive a copy of the results and to take part in the prize draw for a set of electronic scales for your department.

Financing: Fresenius Kabi
Editors: Health Care Consulting
Statistical treatment: UNI-C
Printed by: Victor Print A/S
April 2004

The working group behind the survey:

Professor, Jens Kondrup M.D., Consultant, Nutrition Unit, Copenhagen Hospital Corporation, Rigshospitalet – Copenhagen University Hospital and Department of Human Nutrition, The Royal Veterinary and Agricultural University
Henrik Højgaard Rasmussen M.D., Consultant, Department of Medical Gastroenterology, Aalborg Hospital, Aarhus University Hospital
Michael Staun, M.D., Consultant, Department of Medical Gastroenterology, Copenhagen Hospital Corporation, Rigshospitalet – Copenhagen University Hospital
Karen Lindorff-Larsen, Consultant, Department of Surgical Gastroenterology, Aalborg Hospital, Aarhus University Hospital
Karin Ladefoged, M.D., Consultant, Medical Department, Queen Ingrid's Hospital, Nuuk, Greenland
Anne Wengler, Nurse, Department of Medical Gastroenterology, Copenhagen Hospital Corporation, Rigshospitalet – Copenhagen University Hospital
Hanne Kristensen, Developmental Nurse, Medical Centre, Aalborg Hospital, Aarhus University Hospital

Lisa 2. Tõlgitud küsimustik

Kliiniline toitmine

* Kohustuslik

LUGUPEETUD ÕDE/ARST

Palun Teid osalema uuringus, mille eesmärgiks on saada ülevaade kliinilise toitmise rakendamisest Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ning kirjeldada õdede ja arstide hinnanguid kliinilise toitmise kohta. Antud uurimistöö on aluseks minu magistritöö koostamisele. Selle tulemus aitab hinnata kliinilise toitmise hetkeolukorda Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja on lähtematerjaliks õdede ja arstide toitmisprikat puudutava koolitusvajaduse hindamisel ning edaspidise toitmisprikat kvaliteedi parandamisel. Uuringusse planeeritakse kaasata kõik statsionaarsetes Põhja-Eesti Regionaalhaigla osakondades töötavad õed ja arstid. Uuringuks vajalikud andmed kogutakse rahvusvaheliselt testitud küsimustiku abil.

Küsimustiku täitmine võtab aega maksimaalselt 20 minutit. Uuringus osalemine on vabatahtlik. Uuritavatele on tagatud anonüümsus. Anonüümsuse tagamiseks uurija ei küsi uuritava nime ega e-maili aadressi. Täidetud küsimustik on kättesaadav ainult uurijale. Andmeid analüüsitakse anonüümselt, tulemusi vaadeldakse ja andmeid avaldatakse uuritavate rühmade kaupa (osakond, profession). Teie saate uuringus osalemisest loobuda küsimustikule vastamata jättes.

Tänuga

Kaja Eiche

Õendusteaduse õppetooli magistrant,

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, õendusteaduste õppetool,

mob 5330 4197

1. Mis keeles soovid vastata? *

Märkige ainult üks ovaal.

☐

Eesti

☐

Vene

Edasi küsimuse 43 juurde.

Taustainfo

2. Mitu aastat olete töötanud tervishoiutöötajana? *

Märkige ainult üks ovaal.

☐

Alla 5 aasta

☐

5..10 aastat

☐

10..15 aastat

☐

15..20 aastat

☐

20..25 aastat

☐

Üle 25 aasta

3. Millises osakonnas töötate? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ I kirurgia
- ☐ II kirurgia
- ☐ III kirurgia
- ☐ Kardiokirurgia
- ☐ Rindkere- ja veresoontekirurgia
- ☐ Naistehaiguste
- ☐ Neurokirurgia
- ☐ I ortopeedia
- ☐ II ortopeedia
- ☐ III ortopeedia
- ☐ Plastikakirurgia ja põletusravi
- ☐ Pea- ja kaelakirurgia
- ☐ Uroloogia
- ☐ Anesteesia keskus
- ☐ II intensiivravi
- ☐ Erakorralise kirurgia osakond
- ☐ I intensiivravi
- ☐ III intensiivravi
- ☐ I järelravi
- ☐ II järelravi
- ☐ III järelravi
- ☐ IV järelravi
- ☐ Hematoloogia
- ☐ Keemiaravi
- ☐ I kiiritusravi
- ☐ II kiiritusravi
- ☐ I osakond - depressiivsete ja neurootiliste häirete osakond
- ☐ II osakond - mittepsühhootiliste kriiside osakond
- ☐ III osakond - psühhiaatriakliiniku subakuutosakond
- ☐ IV osakond - naiste subakuutosakond
- ☐ V osakond - psühhiaatriakliiniku akuutosakond
- ☐ VI osakond - kaksikdiagnoosiga patsientide päevaravi osakond
- ☐ VII osakond - laste ja noorukite osakond
- ☐ VIII osakond - üldpsühhiaatria osakond
- ☐ IX osakond - esmaste psühhoside integratiivravi osakond
- ☐ I kardioloogia
- ☐ II kardioloogia
- ☐ III kardioloogia
- ☐ Kardiointensiivravi
- ☐ Nahahaiguste
- ☐ Nefroloogia
- ☐ Neuroloogia
- ☐ Pulmonoloogia

- ☐ Tuberkuloosi
- ☐ I sisehaiguste
- ☐ Erakorraline sisehaiguste
- ☐ Muu

4. Mis on teie amet? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ õde
- ☐ arst
- ☐ arst-resident

Patsientide toitumuse ja kaalu hindamine

5. 1. Palun hinnake järgmisi väiteid arvestades praktikat oma põhitöökoha osakonnas *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	ei	jah, vaid teatud patsientide puhul (vähem kui pooled)	jah, vaid teatud patsientide puhul (üle poole)	jah, kõikide patsientide puhul
Osakonnas, kus töötan on patsientide toitumusliku seisundi hindamine osakonda vastuvõtul standardprotseduur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan on patsientide toitumusliku seisundi regulaarne hindamine haiglas viibimise ajal standardprotseduur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan on patsientide toitumuse hindamine väljakirjutamisel standardprotseduur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan on patsientide energiabilansi jälgimine (ööpäevase energiakulu ja toiduenergia tarbimise võrdlemine) palatite külastuse ajal tavapraktika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan on patsientide kaalumise osakonda vastuvõtmisel tavapraktika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan on patsientide regulaarne kaalumise haiglas viibimise ajal tavapraktika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan on patsientide kaalumise haiglast väljakirjutamisel tavapraktika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. 2. Pidades silmas toitumisriskiga patsiente oma osakonnas hinnake järgmisi väiteid *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	ei	jah, üksikute toitumisriskiga patsientide puhul	jah, paljude toitumisriskiga patsientide puhul	jah, kõikide patsientide puhul
Osakonnas, kus töötan, jälgitakse ja dokumenteeritakse alatoitumuse riskipatsientide söödud toidukoguseid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan, on patsientide toiduenergia vajaduse kindlaks tegemine tavapraktika enne toitmisravi määramist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan, on toitmisravi määramisel tavapraktikaks dokumenteerida patsiendi poolt 24- tunni jooksul söödud toidukogused.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan, on tavapraktika määrata iga patsiendi 24-tunni toiduenergia vajaduse eesmärväärtus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan, jälgitakse pidevalt, mil määral patsiendid saavutavad oma määratud 24-tunni toiduenergia vajaduse eesmärväärtused.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonnas, kus töötan, on patsientide haigusloos alati märgitud kasutatav söömise ja/või toitmise meetod (suukaudne, enteraalne, parenteraalne jne.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. 3a. Hinnake järgmisi väiteid, kuidas teie arvates peaks tavapraktika teie osakonnas välja nägema *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	olen täielikult nõus	olen pigem nõus	pigem ei nõustu	ei nõustu üldse
Kõikide patsientide toitumusliku seisundit tuleks hinnata patsiendi osakonda vastuvõtmisel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kõikide haiglas viibivate patsientide toitumusliku seisundit tuleks hinnata vähemalt 1x nädalas haiglaravil olemise ajal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kõikide patsientide toitumust tuleks hinnata nende haiglast väljakirjutamisel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kui patsient on alatoitunud ja/või on vähenenud tema poolt söödava toidukogus, tuleks 72 tunni jooksul koostada toitmiseraviplaan ja alustada selle täitmisega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haiglaravil viibivate patsientide toiduenergia vajaduste katmise jälgimine peaks olema tavapraktika palativisiitide käigus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsientide kaalumine peaks olema standardpraktika haiglaravile vastuvõtul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haiglaravil viibimise ajal peaks patsientide kaalumine kindlate intervallide järel olema tavapraktika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. 3b. Hinnake järgmisi väiteid, kuidas teie arvates peaks tavapraktika teie osakonnas välja nägema *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	olen täielikult nõus	olen pigem nõus	pigem ei nõustu	ei nõustu üldse
Patsientide haiglast välja kirjutamisel peaks kaalumine olema tavapraktika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsientide toiduenergia vajaduse hindamine enne toitmiseravi määramist peaks olema rutiinne tegevus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toitmiseravi määramisel peaks olema märgitud patsiendi 24 tunni toiduenergia vajaduse eesmärkväärtus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24-tunni soovituslik toiduenergia vajaduse eesmärkväärtus peaks olema välja arvestatud iga patsiendi puhul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alatoitumuse riskipatsientide puhul peaks pidevalt jälgima, kas nad saavutavad määratud soovitusliku 24-tunnise toiduenergia vajaduse eesmärkväärtuse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Söömise ja/või toitumise meetod peaks alati olema märgitud patsiendi dokumenteeritud haigusloos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enteraalne ja parenteraalne toitmine

9. 4. Millal te viimati määrasite mõnele patsiendile enteraalse toitmise e sondi kaudu toitmise? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ eelmisel nädalal
- ☐ viimase kuu jooksul
- ☐ viimase 6 kuu jooksul
- ☐ rohkem kui 6 kuud tagasi
- ☐ pole kunagi määranud
- ☐ ma ei osale kliinilises töös

10. 5. Millal te viimati määrasite mõnele patsiendile parenteraalse toitmise e veenikaudse toitmise? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ eelmisel nädalal
- ☐ viimase kuu jooksul
- ☐ viimase 6 kuu jooksul
- ☐ rohkem kui 6 kuud tagasi
- ☐ pole kunagi määranud
- ☐ ma ei osale kliinilises töös

11. 6. Palun märkige allolevate juhtude kohta kui kaua on teie arvates aktsepteeritav, et patsient on 0-dieedil või saab alla 50% talle vajalikust toiduenergiast? Mitu päeva te ootaksite toitmise ravi määramisega patsiendi puhul. *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	kõige rohkem 24 h	kõige rohkem 2-3 päeva	kõige rohkem 4-5 päeva	kõige rohkem 6-7 päeva	rohkem kui 7 päeva	ma ei tea
kes on normaalse toitumusega ja on 0-dieedil või saab ainult infusioonlahust glükoosi, Ringer-laktaadi vm madalakalorsusega lahusega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kes on kehva toitumusega (on viimaste kuudega kaotanud 10-15% kehakaalust) ja on 0-dieedil või saab ainult infusioonlahust glükoosi, Ringer-laktaadi vm madalakalorsusega lahusega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kes on normaalse toitumusega ja saab vähem kui poole oma vajalikust päevasest toiduenergiast	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kes on kehva toitumusega (on viimaste kuudega kaotanud 10-15% kehakaalust) ja saab vähem kui poole oma vajalikust päevasest toiduenergiast	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. 7. Kui suur kaalulangus peaks patsiendil haiglaravi eelselt anamneesis olema, et määraksite patsiendile toitmise ravi? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ vähemalt 5%
- ☐ vähemalt 10%
- ☐ vähemalt 15%
- ☐ vähemalt 20%
- ☐ vähemalt 25%
- ☐ ma ei tea

13. 8. Millistel juhtudel allolevatest variantidest te üldiselt ei oleks valmis kasutama sonditoitmist patsiendil, kes haiglas viibimise ajal ei saa suukaudsel söömisel piisavalt toitaineid ? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	kindlalt kasutamise vastu	mõõdukalt kasutamise vastu	pisut kasutamise vastu	ei oleks üldse kasutamise vastu
Patsient on ülekaaluline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsient on suremas, sõltumata põhihaigusest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on pahaloomuline haigus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsient on üle 80 aasta vana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on olnud insult	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on maksategevus häiritud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on neerutegevus häiritud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on diabeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on hingamisfunktsiooni häired	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsient on dementne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. 9. Millistel juhtudel allolevatest valikutest te üldiselt ei oleks nõus kasutama parenteraalset toitmist patsiendil, kes suukaudse söömisega ei saa piisavalt kaloreid ja kellel ei saa sonditoitmist kasutada? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	kindlalt kasutamise vastu	mõõdukalt kasutamise vastu	pisut kasutamise vastu	ei oleks üldse kasutamise vastu
Patsient on ülekaaluline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsient on suremas, sõltumata põhihaigusest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on pahaloomuline haigus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsient on üle 80 aasta vana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on olnud insult	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on maksategevus häiritud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on neerutegevus häiritud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on diabeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendil on hingamisfunktsiooni häired	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsient on dementne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. 10. Mil määral te olete nõus järgmiste väidetega enteraalse toitmise e sondi kaudu toitmise kohta arvestades teie osakonna spetsiifikaga? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	nõustun täielikult	pigem nõustun	pigem pole nõus	pole üldse nõus
Patsiendi keeldumine sondist on takistuseks sondiga toitmise alustamisele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komplikatsioonide risk võib olla põhjus, miks osakonnas ei alustata sonditoitmist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sondiga toimisega tegeletakse vähe, kuna sellega kaasneb suur personali töökoormus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. 11. Mil määral te olete nõus järgmiste väidetega arvestades teie osakonna spetsiifikaga? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	nõustun täielikult	pigem nõustun	pigem pole nõus	pole üldse nõus
Parenteraalne toitmine on võrreldes sondi kaudse toimisega personalile lihtsam läbi viia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enteraalsest e. sondi kaudu toimisest hoidutakse kartes võimalikke komplikatsioone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parenteraalset toitmist kasutatakse patsientide puhul, kes keelduvad sondiga toimisest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parenteraalse toimisega tegeletakse vähe, sest sellega kaasneb suur personali töökoormus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parenteraalse toimisega tegeletakse vähe, sest see on kallid ravimeetod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tsentraalveeni kateetri paigaldamise protseduuri kättesaadavus võib põhjustada määratud parenteraalse toitmise edasilükkumise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ülesannete jagunemine osakonnas

17. 12. Kas teie osakonnas on järgitud alltoodud samme eesmärgiga parandada toitmisravi praktikat? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	jah	ei	ma ei tea
On loodud multidistsiplinaarne toitmisravi meeskond	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On määratud 1 või rohkem võtmeisikut, kellel on süvendatud kliinilise toitmise alased teadmised ja huvi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On välja töötatud juhised, kuidas teha kindlaks, et patsient vajab toitmisravi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On välja töötatud juhised patsiendi sondiga toitmiseks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On välja töötatud juhised patsiendi parenteraalseks toitmiseks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On kirjeldanud, kuidas toimub tööjaotus arstide ja õdede vahel toitmisravi läbiviimisel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On määratletud dietoloogide/toitmisravi spetsialistide vastutusalad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On pakutud kliinilise toitmise alast väljaõpet arstidele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On pakutud kliinilise toitmise alast väljaõpet õdedele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On teostatud kliinilist toitmist puudutavaid kvaliteedi arendamise projekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 13. Millisel määral te oleksite huvitatud järgmiste sammude rakendamisest oma osakonnas? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	väga	üsna	mitte eriti	ma ei tea
Multidistsiplinaarse toitmisravi meeskonna loomine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Võtmeiskute määramine, kellel on süvendatud kliinilist toitmist puudutavad teadmised ja huvi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juhiste välja töötamine, kuidas määrata kindlaks, et patsient vajab toitmisravi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juhiste välja töötamine patsiendi sondiga toitmiseks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juhiste välja töötamine patsiendi parenteraalseks toitmiseks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meditšiinilise personali, arstide ja õdede meeskonna vahelise tööjaotuse selgitamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dietoloogide/toitmisravi spetsialistide vastutusalade määramine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kliinilise toitmise väljaõpe meditsiinilisele personalile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kliinilise toitmise väljaõpe õdedele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kliinilise toitmise kvaliteedi arendamise projektid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. 14b. Kuidas on ülesanded jagatud osakonnas erinevate ametite vahel? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	õed	arstid	dietoloogid/ toitmisravi spetsialistid	arstid ja dietoloogid, mõlemad	sotsiaal- ja tervishoiu- töötajad	mitte keegi	ma ei tea
Kes peab kokku panema individuaalse toitmisraviplaani?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kes otsustab, et patsient vajab lisaks tavatoidule ka kõrge energia- või valgusisaldusega tööstuslikult valmistatud suukaudseid toitelahuseid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kes otsustab, et patsient vajab sondiga toitmist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kes otsustab, et patsient vajab parenteraalset toitmist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kes otsustab, et patsient vajab eridieeti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kes vastutab selle eest, et patsient reaalselt saab kätte talle ette nähtud toitmisravi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kes vastutab selle eest, et andmed patsiendi toitumusseisundi ja toitmisravi kohta antakse edasi teistele osakondadele, kuhu patsient liigub?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kes vastutab selle eest, et info patsiendi toitumusseisundi kohta antakse edasi perearstile/pereõele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. 15. Kas teie haiglas on olemas dietoloogid või toitmisravi spetsialistid, kellega osakond saab konsulteerida? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ ei Edasi küsimuse 27 juurde.
- ☐ ja
- ☐ ei tea Edasi küsimuse 27 juurde.

22. **16. Palun vastake järgmistele küsimustele ***

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	jah	jah, mingil määral	ei	ma ei tea
Kas dietoloogid/ toitmisravi spetsialistid osalevad regulaarselt osakonna koosolekutel/visiitidel (õendus, meditsiin, multidistsiplinaar) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kas teie arvates oleks sellest abi, kui dietoloogide/toitmisravi spetsialistidega konsulteeritaks rohkem kui praegu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kas teie arvates on dietoloogide/ toitmisravi spetsialistide teenuse kättesaadavus teie osakonnas piiratud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. **17. Kui tihti külastab osakonda dietoloog/toitmisravi spetsialist? ***

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ iga päev
- ☐ umbes 3-4 korda nädalas
- ☐ umbes 1-2 korda nädalas
- ☐ vähem kui 1 kord nädalas

24. **18. Kui tihti on teie arvates vaja dietoloogi/toitmisravi spetsialisti konsultatsiooni osakonnas? ***

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ iga päev
- ☐ umbes 3-4 korda nädalas
- ☐ umbes 1-2 korda nädalas
- ☐ vähem kui 1 kord nädalas

25. **19. Kui paljud osakonna patsiendid puutuvad kokku dietoloogi/toitmisravi spetsialistiga? ***

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ vähem kui 5%
- ☐ 5 – 10%
- ☐ 10 – 15%
- ☐ rohkem kui 20%

26. **20. Kui suur on ajaline intervall selle vahel, kui osakond informeerib dietoloogi/toitmisravi spetsialisti alatoitumusega patsiendist ja dietoloog/toitmisravi spetsialist konsulteerib seda patsienti? ***

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ tavaliselt samal või järgmisel päeval
- ☐ tavaliselt 2 – 3 päeva
- ☐ tavaliselt 4 – 5 päeva
- ☐ tavaliselt rohkem kui 1 nädal

27. **21a. Kes otsustab, milliseid parenteraalseid toitmisravi tooteid osakonnas hoitakse? ***

Märkige kõik sobivad.

- ☐ ravimite komitee
- ☐ kliinilise toitmise komitee
- ☐ osakonnajuhataja
- ☐ osakonna õendusjuht
- ☐ osakonna arstid
- ☐ osakonna õenduspõhjal
- ☐ osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid
- ☐ toitmise ravi konsultandid
- ☐ ma ei tea
- ☐ Muu: _____

28. **21b. Kes otsustab, milliseid enteraalseid e. sondi kaudu manustatavaid toitmise ravi tooteid osakonnas hoitakse? ***

Märkige kõik sobivad.

- ☐ ravimite komitee
- ☐ kliinilise toitmise komitee
- ☐ osakonnajuhataja
- ☐ osakonna õendusjuht
- ☐ osakonna arstid
- ☐ osakonna õenduspõhjal
- ☐ osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid
- ☐ toitmise ravi konsultandid
- ☐ ma ei tea
- ☐ Muu: _____

29. **21c. Kes otsustab, milliseid täisväärtuslikke ja/või energia ja/või valgurikkaid tööstuslikult toodetud suukaudseid toidelaadseid osakonnas hoitakse? ***

Märkige kõik sobivad.

- ☐ ravimite komitee
- ☐ kliinilise toitmise komitee
- ☐ osakonnajuhataja
- ☐ osakonna õendusjuht
- ☐ osakonna arstid
- ☐ osakonna õenduspõhjal
- ☐ osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid
- ☐ toitmise ravi konsultandid
- ☐ ma ei tea
- ☐ Muu: _____

30. **22a. Kes otsustab, millist osakonnas olevat parenteraalsed toidmisravi toodet patsiendile antakse? ***

Märkige kõik sobivad.

- ☐ osakonna arstid
- ☐ osakonna õenduspõsonal
- ☐ osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid
- ☐ toidmisravi konsultandid
- ☐ ma ei tea
- ☐ Muu: _____

31. **22b. Kes otsustab, millist osakonnas olevat enteraalsed e. sondi kaudu manustatavat toidmisravi toodet patsiendile antakse? ***

Märkige kõik sobivad.

- ☐ osakonna arstid
- ☐ osakonna õenduspõsonal
- ☐ osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid
- ☐ toidmisravi konsultandid
- ☐ ma ei tea
- ☐ Muu: _____

32. **22c. Kes otsustab, millist osakonnas olevat täisväärtuslikku ja/või energia ja/või valgurikast tööstuslikult toodetud suukaudset toitelahust patsiendile antakse? ***

Märkige kõik sobivad.

- ☐ osakonna arstid
- ☐ osakonna õenduspõsonal
- ☐ osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid
- ☐ toidmisravi konsultandid
- ☐ ma ei tea
- ☐ Muu: _____

33. 23. Mil määral te nõustute järgmiste väidetega pidades silmas alatoitumisega patsiendi osakonnast välja kirjutamist? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	nõustun täielikult	pigem nõustun	pigem ei nõustu	üldse ei nõustu
Epikriis on alati kirjas patsiendile määratud toetmisravi meetod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epikriis näitab alati, kui kaua peab patsiendi toetmisravi kestma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selgelt on määratletud, kes tegeleb patsiendi toetmisprobleemidega pärast haiglast välja kirjutamist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pereõed on pädevad alatoitumisega patsientide käsitlemises	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perearstidel on piisavalt head teadmised tegelemaks alatoitumisega patsientidega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vahel me ei määra patsiendile välja kirjutamisel toetmisteraapiat kuna perearstidel/õdedel pole võimekust sellega tegeleda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toetmisega esmatasandil üldiselt ei tegeleta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haridus, teadmised ja igapäevane praktika

34. 24a. Palun hinnake järgmisi väiteid: *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	nõustun täielikult	pigem nõustun	pigem ei nõustu	üldse ei nõustu
Mu haridus on andnud mulle põhjalikud teadmised, et teha kliinilise toetmisravi otsuseid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toetmisalane õpe osakonna täiendõppe programmis on kindlal kohal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonna personalil on piisavalt hea ülevaade adekvaatse toetmise olulisusest patsiendi üldises paranemises	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minul isiklikult on piisavalt hea arusaam adekvaatse toetmise osatähtsusest patsiendi üldises paranemises.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonna meeskonnal on piisavalt kogemusi sondiga toetmisel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minul isiklikult on piisavalt kogemusi sondiga toetmisel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osakonna meeskonnal on piisavalt kogemusi parenteraalses toetmises	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minul isiklikult on piisavalt kogemusi parenteraalses toetmises	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. **24b. Palun hinnake järgmisi väiteid: ***

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	nõustun täielikult	pigem nõustun	pigem ei nõustu	üldse ei nõustu
Minu meelest on keeruline kindlaks teha patsiendi energiavajadust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minu meelest on keeruline kokku panna patsiendi toitmiseraviplaani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minu meelest peaks meil olema rohkem ülerigiliselt välja töötatud kliinilise toitmise ravijuhiseid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minu meelest on keeruline kindlaks teha, millised patsiendid vajavad toitmiseravi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mul pole piisavalt oskusi, et selgitada välja alatoitumusega patsiendid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minu osakonnas on toitumine teisejärgulise tähtsusega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mõned minu osakonna patsiendid saavad nii vähe toitaineid, et sellel on kliinilised tagajärjed (komplikaatsioonid, pikem haiglaravi, aeglasem paranemine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. **25a. Millised on peamised põhjused, miks patsiendid Eesti haiglates ei saa piisavalt heal tasemel toitmiseravi (enteraalne ja parenteralne toitmine): ***

minu osakonnas

Märkige kõik sobivad.

- ☐ teadmatus
- ☐ ükskõiksus
- ☐ dokumentatsiooni puudus
- ☐ liiga palju komplikatsioone
- ☐ vastutajad määramata
- ☐ aeganõudev
- ☐ tehniliselt keeruline
- ☐ keeruline kindlaks teha vastavaid patsiente
- ☐ liiga kallis
- ☐ Muu: _____

42. 30. Kui soovite kommenteerida mõnda oma vastust:

Lõpetage selle vormi täitmine.

Информация о заполняющем опросник

43. Сколько лет Вы работаете работником здравоохранения? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ Менее 5 лет
- ☐ 5..10 лет
- ☐ 10..15 лет
- ☐ 15..20 лет
- ☐ 20..25 лет
- ☐ Более 25 лет

44. В настоящее время работаете в отделении: *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ I kirurgia
- ☐ II kirurgia
- ☐ III kirurgia
- ☐ Kardiokirurgia
- ☐ Rindkere- ja veresoontekirurgia
- ☐ Naistehaiguste
- ☐ Neurokirurgia
- ☐ I ortopeedia
- ☐ II ortopeedia
- ☐ III ortopeedia
- ☐ Plastikakirurgia ja põletusravi
- ☐ Pea- ja kaelakirurgia
- ☐ Uroloogia
- ☐ Anesteesia keskus
- ☐ II intensiivravi
- ☐ Erakorralise kirurgia osakond
- ☐ I intensiivravi
- ☐ III intensiivravi
- ☐ I järelravi
- ☐ II järelravi
- ☐ III järelravi
- ☐ IV järelravi
- ☐ Hematoloogia
- ☐ Keemiaravi
- ☐ I kiiritusravi
- ☐ II kiiritusravi
- ☐ I osakond - depressiivsete ja neurootiliste häirete osakond
- ☐ II osakond - mittepsühhootiliste kriiside osakond
- ☐ III osakond - psühhiaatriakliiniku subakuutosakond
- ☐ IV osakond - naiste subakuutosakond
- ☐ V osakond - psühhiaatriakliiniku akuutosakond
- ☐ VI osakond - kaksikdiagnoosiga patsientide päevaravi osakond
- ☐ VII osakond - laste ja noorukite osakond
- ☐ VIII osakond - üldpsühhiaatria osakond
- ☐ IX osakond - esmaste psühhoside integratiivravi osakond
- ☐ I kardioloogia
- ☐ II kardioloogia
- ☐ III kardioloogia
- ☐ Kardiointensiivravi
- ☐ Nahahaiguste
- ☐ Nefroloogia
- ☐ Neuroloogia
- ☐ Pulmonoloogia

- ☐ Tuberkuloosi
- ☐ I sisehaiguste
- ☐ Erakorraline sisehaiguste
- ☐ Muu

45. **должность:** *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ õde
- ☐ arst
- ☐ arst-resident

Оценка питания и веса пациента

46. 1. **Пожалуйста, оцените следующие мнения исходящие из опыта работы своего отделения**

*

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	нет	да, но у некоторых пациентов (менее половины)	да, но у некоторых пациентов (более половины)	да, все пациенты
В отделении, где я работаю, оценка питания пациентов, является стандартной процедурой	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, постоянная оценка питания пациентов, во время пребывания их в больнице, является стандартной процедурой	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, оценка питания пациентов, при выписки их из больницы, является стандартной процедурой	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, наблюдение во время обхода, за энергитическим балансом рациона пациентов-обычная практика	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, взвешивание пациента, при приеме в стационар- обычная практика	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, регулярное взвешивание пациента, при нахождении его в стационаре- обычная практика	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, взвешивание пациента при выписке из стационара- обычная практика	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. 2. Оцените следующие утверждения учитывая пациентов вашего отделения с рисками связанными с питанием. *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	нет	да, для некоторых пациентов с рисками связанными с питанием	да, для большинства пациентов с рисками связанными с питанием	да, для всех пациентов
В отделении, где я работаю, у пациентов с риском недоедания, наблюдают за их питанием и измеряют объем съеденной ими еды	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, расчет необходимой пищевой энергии для пациентов, до назначения клинического питания, обычная практика	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, назначение клинического питания обычная практика, если пациент в течении 24 часов не ел	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, определение энергетической ценности еды (за сутки) , для каждого пациента- обычная практика	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, находится под постоянным контролем, энергетическая ценность еды, получаемой пациентом за сутки.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В отделении, где я работаю, в истории болезни пациента, всегда отмечается какой метод питания он использует(через рот, энтеральное, парентеральное и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. 3а. Оцените следующие утверждения о том, как на ваш взгляд, это должно выглядеть в обычной практике вашего отделения *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	абсолютно согласен (-на)	скорее всего согласен(-на)	скорее всего не согласен(-на)	не согласен (- на) совсем
Питание всех пациентов следует оценивать при приеме в больницу	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Питание всех находящихся в больнице пациентов следует оценивать 1 раз в неделю, на протяжении всего времени, пока пациент находится в больнице	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Питание всех пациентов следует оценивать при выписке пациента из больницы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Если пациент недоедает и/или дома было недостаточное питание, следует в течении 72 часов составить план клинического питания и начать его выполнять	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
мониторинг еды, по потребности в энергии, госпитализированных пациентов, должна быть стандартной практикой во время палиативного лечения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Взвешивание пациентов, при приеме в больницу, должно быть стандартной практикой	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Во время нахождения пациента на лечении в больнице, его взвешивание, с четко определенными интервалами времени, должно быть стандартной практикой	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. 3b. Оцените следующие утверждения о том, как на ваш взгляд, это должно выглядеть в обычной практике вашего отделения *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	абсолютно согласен (-на)	скорее всего согласен(-на)	скорее всего не согласен(-на)	не согласен (- на) совсем
Взвешивание пациента перед выпиской из больницы, должно быть стандартной практикой	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Оценка необходимой пациенту энергии, получаемой из еды, перед назначением клинического питания, должно быть повседневной практикой	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Назначение клинического питания, должно быть проведено в течении 24 часов, после расчета необходимой пациенту питательной энергии	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
необходимая суточная энергия, получаемая из еды, должна быть рассчитана для каждого пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пациентам с риском недоедания, необходимо постоянное наблюдение, за тем, на сколько энергетически ценное питание они получают за сутки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Метод питания/кормления всегда должен быть отмечен в истории болезни пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Энтеральное и парентеральное питание

50. 4. Когда последний раз было назначено пациенту энтеральное питание или питание через зонд? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ на прошлой неделе
- ☐ в течении последнего месяца
- ☐ в течении последних 6 месяцев
- ☐ больше, 6-ти месяцев назад
- ☐ никогда небыло назначено
- ☐ я не принимаю участие в клинческой работе

- Märkige ainult üks ovaal.

52. 6. Укажите ниже, сколько времени, как вы думаете, приемлемо, что пациент находится на 0 диете, или получает 50 % от необходимой ему энергии получаемой из пищи ? *

Сколько дней вы ждете до назначения клинического питания для пациента

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

[illegible]

53. 7. На сколько большая должна быть потеря веса пациента, за время лечения в больнице, что бы назначить ему клиническое питание? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ по крайней мере 5%
- ☐ по крайней мере 10%
- ☐ по крайней мере 15%
- ☐ по крайней мере 20%
- ☐ по крайней мере 25%
- ☐ я не знаю

54. 8. Выберите ниже вариант, в каких случаях вы не были готовы использовать зондовое питание пациенту, который при нахождении на лечении в больнице не мог получать с едой через рот, достаточное количество питательных веществ? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	Точно против использования	Умеренно против использования	Немного против использования	Не буду против использования
Пациент имеет избыточный вес	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пациент умирает, независимо от основного заболевания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пациент имеет злокачественное заболевание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пациент старше 80 лет	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента был инсульт	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента нарушение работы печени	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента нарушение работы почек	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пациент диабетик	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента нарушение работы легких	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента дементность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. 9. Выберите ниже вариант, в каких случаях вы не были готовы использовать парентеральное питание пациенту, которому не хватает калорий из питания, которое он получает через рот и которому нельзя использовать зондовое питание? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	Точно против использования	Умеренно против использования	Немного против использования	Не буду против использования
Пациент имеет избыточный вес	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пациент умирает , независимо от основного заболевания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пациент имеет злокачественное заболевание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пациент старше 80 лет	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента был инсульт	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента нарушение работы печени	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента нарушение работы почек	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пациент диабетик	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента нарушение работы легких	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У пациента дементность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. 10. В какой степени вы согласны со следующими утверждениями, учитывая ситуацию в вашем отделе? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	Полностью согласна (-ен)	Скорее согласна (-ен)	Скорее не согласна (-ен)	Совсем не согласна (-ен)
Использование назогастрального зонда для питания препятствует и ограничивает эффективность обеспечения адекватным питанием	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Перкутальная эндоскопическая гастростомия используется слишком редко	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Питание через зонд вызывает у пациента так много неудобств, из-за чего лечение часто прерывается преждевременно	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Запрет пациента для установки зонда, является препятствием для начала зондового питания.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Риск осложнений, может быть выше из- за того, что в отделении не начали зондовое питание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Частое питание пациента через зонд, влечет увеличение нагрузки на персонал отделения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57. 11. В какой степени вы согласны со следующими утверждениями, учитывая ситуацию в вашем отделе? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	Полностью согласна (-ен)	Скорее согласна (-ен)	Скорее не согласна (-ен)	Совсем не согласна (-ен)
Парентеральное питание, в сравнении с зондовым питанием, легче для применения для персонала отделения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Зондовое кормление избегают из-за страха возможных осложнений	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Использование парентерального питания пациентам, которые запрещают питание через зонд	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Частое использование парентерального питания пациента, влечет увеличение нагрузки на персонал отделения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Парентеральное питание пациента используется редко, т.к. это дорогой метод лечения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Процедура по установке катетера в центральную вену, может отложить на какое-то время назначение парентерального питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Распределение обязанностей в отделении

58. 12. Предпринимает ли Ваше отделение какие-то шаги, для улучшения практики питания пациентов? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	Да	Нет	Не знаю
Создана многопрофильная команда по клиническому питанию	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Назначено ответственным 1 или более лиц, который (-е) имеет(-ют) интерес и более глубокие знания по вопросам клинического питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Необходимо разработать руководство, по которому можно точно определить, какой пациент нуждается в лечебном питании	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Необходимо разработать руководство по зондовому питанию пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Необходимо разработать руководство по парентеральному питанию пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Обозначить, разделение труда между врачами и сестрами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Обозначить обязанности диетолога/специалиста по клиническому питанию	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Предложить обучение врачам, по вопросу клинического питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Предложить обучение сестрам, по вопросу клинического питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Развивать проект клинического питания для улучшения его качества	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. 13. В какой степени вы были бы заинтересованы в следующих шагах, которые могут быть реализованы в вашем отделении ? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	Очень	Довольно	Не особенно	Не знаю
Создание многофункциональной команды по клиническому питанию	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Определение ключевых лиц, которые имеют интерес и более глубокие знания по вопросам клинического питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Разработка руководства, по которому можно точно определить, какой пациент нуждается в лечебном питании	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Разработка руководство по зондовому питанию пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Разработка руководство по парентеральному питанию пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Разъяснение разделения труда между мед.персоналом, врачами, сестрами коллектива отделения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Обозначение обязанностей диетолога/специалиста по клиническому питанию	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Обучение мед.персонала по вопросам клинического питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Обучение сестер по вопросам клинического питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Развитие проекта клинического питания для улучшения его качества	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. 15. Есть ли в вашей больнице диетологи или специалисты по питанию, с кем отделение может консультироваться? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ да
☐ нет Edasi küsimuse 68 juurde.
☐ не знаю Edasi küsimuse 68 juurde.

63. 16. Пожалуйста дайте ответ на следующие вопросы *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	да	да, в какой-то степени	нет	не знаю
Диетологи/ специалисты по питанию принимают регулярное участие в собраниях отделения и визитах (сестринских, медицинских, многофункциональных)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Как Вы думаете, будет ли толк в увеличение консультаций диетолога/ специалиста по питанию (больше количество консультаций, чем в текущий момент)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Как Вы думаете ограничено ли отделение в доступности услуг диетолога/ специалиста по питанию?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

64. 17. Как часто Ваше отделение посещает диетолог/специалист по питанию? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ каждый день
☐ примерно 1-2 раза в неделю
☐ примерно 3-4 раза в неделю
☐ реже 1го раза в неделю

65. 18. Как часто, по Вашему мнению, диетолог/специалист по питанию должен делать консультации в отделении? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ каждый день
☐ примерно 1-2 раза в неделю
☐ примерно 3-4 раза в неделю
☐ реже 1го раза в неделю

66. 19. С каким количеством пациентов отделения сталкивается (проводит работу) диетолог/специалист по питанию? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ менее 5%
☐ 5 – 10%
☐ 10 – 15%
☐ более 20%

67. 20. Через какое время после информирования диетолога/ специалиста по питанию, о истощенных пациентах, пациенты могут получить консультацию этих специалистов? *

Märkige ainult üks ovaal.

- ☐ обычно в этот же, или на следующий день
- ☐ обычно в течении 2-3 дней
- ☐ обычно в течении 4-5 дней
- ☐ обычно дольше, чем через неделю

68. 21a. Кто решает какие продукты клинического питания заказываются в отделение? *

Парентеральное питание

Märkige kõik sobivad.

- ☐ Комитет по лекарственным препаратам
- ☐ Комитет по клиническому питанию
- ☐ Заведующий отделения
- ☐ Старшая сестра отделения
- ☐ Врачи отделения
- ☐ Сестры отделения
- ☐ Социальный работник или работник здравоохранения
- ☐ консультант по клиническому питанию
- ☐ не знаю
- ☐ Мун: _____

69. 21b. Кто решает какие продукты клинического питания заказываются в отделение? *

Зондовое питание

Märkige kõik sobivad.

- ☐ Комитет по лекарственным препаратам
- ☐ Комитет по клиническому питанию
- ☐ Заведующий отделения
- ☐ Старшая сестра отделения
- ☐ Врачи отделения
- ☐ Сестры отделения
- ☐ Социальный работник или работник здравоохранения
- ☐ консультант по клиническому питанию
- ☐ не знаю
- ☐ Мун: _____

70. 21с. Кто решает какие продукты клинического питания заказываются в отделение? *

Напитки обогащенные белком и энергией
Märkige kõik sobivad.

- ☐ Комитет по лекарственным препаратам
- ☐ Комитет по клиническому питанию
- ☐ Заведующий отделения
- ☐ Старшая сестра отделения
- ☐ Врачи отделения
- ☐ Сестры отделения
- ☐ Социальный работник или работник здравоохранения
- ☐ консультант по клиническому питанию
- ☐ не знаю
- ☐ Мии: _____

71. 22а. Кто решает какие продукты клинического питания должен получать пациент? *

Парентеральное питание
Märkige kõik sobivad.

- ☐ врачи отделения
- ☐ сестры отделения
- ☐ социальный работник или работник здравоохранения
- ☐ консультант по клиническому питанию
- ☐ не знаю
- ☐ Мии: _____

72. 22b. Кто решает какие продукты клинического питания должен получать пациент? *

Зондовое питание
Märkige kõik sobivad.

- ☐ врачи отделения
- ☐ сестры отделения
- ☐ социальный работник или работник здравоохранения
- ☐ консультант по клиническому питанию
- ☐ не знаю
- ☐ Мии: _____

73. 22с. Кто решает какие продукты клинического питания должен получать пациент? *

Напитки обогащенные белком и энергией
Märkige kõik sobivad.

- ☐ врачи отделения
- ☐ сестры отделения
- ☐ социальный работник или работник здравоохранения
- ☐ консультант по клиническому питанию
- ☐ не знаю
- ☐ Мии: _____

74. 23. В какой степени вы согласны со следующими утверждениями если визуально видно, что пациент **выписываемый** из больницы имеет недоедание? *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	Полностью согласен	Скорее всего согласен	Скорее всего не согласен	Совсем не согласен
В эпикризе пациента всегда описан метод назначенного клинического питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Эпикриз всегда показывает какое время должно продолжаться клинического питание пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Существует четкое определение того, кто будет заниматься проблемами питания пациента после выписки из стационара	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Семейные медсестры компетентны в работе с истощенными пациентами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Семейные врачи имеют достаточно хорошие знания, чтобы иметь дело с истощенными пациентами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Иногда мы не назначаем пациентам при выписке из больницы клинического питания, потому что семейный врач/ семейная сестра не имеют возможности этим заниматься	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Питание является низко приоритетным при первой мед помощи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Образование, знания и каждодневная практика

75. 24a. Пожалуйста, оцените следующие высказывания: *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	Полностью согласен	Скорее всего согласен	Скорее всего не согласен	Совсем не согласен
Мое образование дало мне основательные знания для того, что бы заниматься клиническим питанием	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Обучение основам питания является постоянной частью обучения в отделении	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Персонал отделения имеет достаточное представление о важности необходимого питания для улучшения общего состояния пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У меня лично имеется достаточное представление о важности необходимого питания , для улучшения общего состояния пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Коллектив отделения имеет достаточный опыт в вопросах зондового питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У меня лично есть достаточный опыт в вопросах зондового питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Коллектив отделения имеет достаточный опыт в вопросах парентерального питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У меня лично есть достаточный опыт в вопросах парентерального питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

76. 24b. Пожалуйста, оцените следующие высказывания: *

Märkige ainult üks ovaal rea kohta.

	Полностью согласен	Скорее всего согласен	Скорее всего не согласен	Совсем не согласен
На мой взгляд, трудно определить потребность пациента в энергии	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
На мой взгляд, трудно составить план клинического питания для пациента	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
На мой взгляд надо больше разрабатывать руководств о принципах клинического питания, на государственном уровне.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
На мой взгляд, трудно определить, какие пациенты нуждаются в клиническом питании	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У меня нет достаточных навыков для выявления пациентов с недостаточностью питания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В моем отделении, вопросы питания, имеют второстепенное значение	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Некоторые пациенты моего отделения получают так мало питательных веществ, что это имеет клинические последствия (осложнения, длительная госпитализация, медленное восстановление)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

77. 25a. Каковы основные причины, по которым пациенты в эстонских больницах не получают на достаточно хорошем уровне клиническое питание (энтеральное и парентеральное питание) *

В моем отделении
Märkige kõik sobivad.

- ☐ недостаток знаний
- ☐ безразличие
- ☐ отсутствие документации
- ☐ слишком много осложнений
- ☐ неопределенная ответственность
- ☐ занимает много времени
- ☐ технические сложности
- ☐ сложно определить нуждающихся в этом пациентов
- ☐ слишком дорого
- ☐ Мии: _____

Эстони в общем
Märkiqe kõik sobivad.

- ☐ недостаток знаний
- ☐ безразличие
- ☐ отсутствие документации
- ☐ слишком много осложнений
- ☐ неопределенная ответственность
- ☐ занимает много времени
- ☐ технические сложности
- ☐ сложно определить нуждающихся в этом пациентов
- ☐ слишком дорого
- ☐ Мн:

При оптимальном питании:
Märkige ainult üks ovaal rea kohta

	1=совершенно не обосновано	2	3	4	5=очень хорошо обосновано
Меньшее количество послеоперационных осложнений	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Меньшее количество инфекций	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Быстрое восстановление	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Более короткий период госпитализации	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Более низкий уровень смертности	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Меньше потребность в обезболивающих препаратах	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Меньшее количество пролежней	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Märkiqe ainult üks ovaal.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
недостаточные знания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	очень хорошие знания

Märkiqe ainult üks ovaal.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
очень мало заинтересован(- а)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	очень заинтересован(- а)

82. 29. В какой степени Вы готовы развивать свои знания и навыки о Лечение пациента с истощением? *

Märkige ainult üks ovaal.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
не требуется	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	очень требуется

83. 30. Если вы хотите прокомментировать некоторые из своих ответов:

Lisa 3. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 265/T-8

koosolek: 19.12.2016

Komitee koosseis:

Esimees

Ruth Kalda Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini professor / õppetooli juhataja

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Eensoo Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, tervisesotsioloogia teadur

Naatan Haamer Tartu Ülikooli Kliinikum, hingehoidja

Malle Kuum Tartu Ülikool meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur

Liis Leitsalu Tartu Ülikooli Eesti geenivaramu, projektijuht

Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur

Kärt Pormeister Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, doktorant

Pille Taba Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, neuroloogia professor

Maria Tamm Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, eksperimentaalpsühholoogia teadur

Kadri Tamme Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, anestesioloogia ja intensiivravi vanemassistent

Oivi Üibo Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, lastegastroenteroloogia dotsent

Vahur Ööpik Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, spordifüsioloogia professor

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö.

Uurimistöö nimetus:

Kliinilise toitmise rakendamine Põhja-Eesti Regionaalhaiglas. Õdede ja arstide hinnang hetkeolukorrale.

Vastutav uurija (asutus):

Kai Saks (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliinilise meditsiini instituut, Ravila 19, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, täiendatud 16.01.2017
2. Küsimustik, 26.01.2017
3. Uurimistöö läbiviijate CV-d (K.Saks, K.Solom, H-L.Lepp)

Uurimistöö lõpp: detsember 2017

Komitee aseesimees: Kristi Lõuk /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Eveli Kadarik /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
teadus- ja arendusosakond
Lossi 3
51003 Tartu

tel 737 5514
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

Lisa 4. Kirjavahetus mõõdiku autoriga

Kaja Eiche kajaeiche@gmail.com

14.11.15

saajale mitra.unosson

Dear Mr Unosson

I am writing to you due to my Master's theses at Tartu university, Estonia. I am the 3 year student of the Faculty of Nursing Science.

I am going to investigate the nutritional practice in our hospital in Tallinn where I am working as a leader of nursing in the surgery department.

I would be very grateful if you gave me advice where to find the original questionnaire that was used in your study Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey (2005) and gave me the permission to use it in my research paper.

I am looking forward to hearing from you.

Sincerely yours,

Kaja Eiche

kajaeiche@gmail.com

North Estonia Medical Centre Foundation

19 J. Sütiste Str.

13419 Tallinn

Estonia

Mitra Unosson <mitra.unosson@liu.se>

Manused 16.11.15

saajale cbd, mina

Dear Kaja Eiche

Please find requested questionnaire and confirm permission to use it in your research paper with Charlotte Bach-Dal at Health Care Consulting, Denmark, cbd@healthcareconsulting.dk

Good luck with your Master's Thesis

Regards

Mitra Unosson, Professor Emeritus

Från: Kaja Eiche [<mailto:kajaeiche@gmail.com>]

Skickat: den 14 november 2015 15:25

Till: Mitra Unosson <mitra.unosson@liu.se>

Ämne: questionnaire permission

----- Edastatud kiri -----

Saatja: Mitra Unosson <mitra.unosson@liu.se>

Kuupäev: esmaspäev, 16. november 2015

Teema: questionnaire permission

Saaja: Kaja Eiche <kajaeiche@gmail.com>

Koopia: "Charlotte Bach-Dal (cbd@healthcareconsulting.dk)" cbd@healthcareconsulting.dk

Lisa 5. Tulemuste tabelid

1. Palun hinnake järgmisi väiteid arvestades praktikat oma põhitöökoha osakonnas

	Osakonnas, kus töötan on patsientide toitumuslimu seisundi hindamine osakonda vastuvõtul standardprotseduur	Osakonnas, kus töötan on patsientide toitumuslimu seisundi regulaarne hindamine haiglas viibimise ajal standardprotseduur	Osakonnas, kus töötan on patsientide toitumuse hindamine väljakirjutamisel standardprotseduur	Osakonnas, kus töötan on patsientide energiabilansi jälgimine (ööpäevase energiakulu ja toiduenergia tarbimise võrdlemine) palatite külastuse ajal tavapraktika	Osakonnas, kus töötan on patsientide kaalumise osakonda vastuvõtmisel tavapraktika	Osakonnas, kus töötan on patsientide regulaarne kaalumise haiglas viibimise ajal tavapraktika	Osakonnas, kus töötan on patsientide kaalumise haiglast väljakirjutamisel tavapraktika
jah, kõikide patsientide puhul	22	18	13	10	23	11	6
jah, vaid teatud patsientide puhul (üle poole)	17	15	9	8	13	7	8
jah, vaid teatud patsientide puhul (vähem kui pooled)	31	36	34	34	27	38	24
ei	23	24	37	41	30	37	55
jah, kõikide patsientide puhul	23,7%	19,4%	14,0%	10,8%	24,7%	11,8%	6,5%
jah, vaid teatud patsientide puhul (üle poole)	18,3%	16,1%	9,7%	8,6%	14,0%	7,5%	8,6%
jah, vaid teatud patsientide puhul (vähem kui pooled)	33,3%	38,7%	36,6%	36,6%	29,0%	40,9%	25,8%
ei	24,7%	25,8%	39,8%	44,1%	32,3%	39,8%	59,1%

2. Pidades silmas toitumisriskiga patsiente oma osakonnas hinnake järgmisi väiteid

	Osakonnas, kus töötan, jälgitakse ja dokumenteeritakse alatoitumuse riskipatsientide söödud toidukoguseid.	Osakonnas, kus töötan, on patsientide toiduenergia vajaduse kindlaks tegemine tavapraktika enne toitmisravi määramist	Osakonnas, kus töötan, on toitmisravi määramisel tavapraktikaks dokumenteerida patsiendi poolt 24-tunni jooksul söödud toidukogused.	Osakonnas, kus töötan, on tavapraktika määrata iga patsiendi 24-tunni toiduenergia vajaduse eesmärgväärtus	Osakonnas, kus töötan, jälgitakse pidevalt, mil määral patsiendid saavutavad oma määratud 24-tunni toiduenergia vajaduse eesmärgväärtused.	Osakonnas, kus töötan, on patsientide haigusloos alati märgitud kasutatav söömise ja/või toitumise meetod (suukaudne, enteraalne, parenteraalne jne.)
jah, kõikide patsientide puhul	19	12	16	7	9	37
jah, paljude toitumisriskiga patsientide puhul	14	15	14	10	12	11
jah, üksikute toitumisriskiga patsientide puhul	36	38	40	31	28	20
ei	24	28	23	45	44	25
jah, kõikide patsientide puhul	20,4%	12,9%	17,2%	7,5%	9,7%	39,8%
jah, paljude toitumisriskiga patsientide puhul	15,1%	16,1%	15,1%	10,8%	12,9%	11,8%
jah, üksikute toitumisriskiga patsientide puhul	38,7%	40,9%	43,0%	33,3%	30,1%	21,5%
ei	25,8%	30,1%	24,7%	48,4%	47,3%	26,9%

3. Hinnake järgmisi väiteid, kuidas teie arvates peaks tavapraktika teie osakonnas välja nägema

	Kõikide patsientide toitumussliku seisundit tuleks hinnata patsiendi osakonda vastuvõtmisel	Kõikide haiglas viibivate patsientide toitumusslikku tuleks hinnata vähemalt 1x nädalas haiglaravil olemise ajal.	Kõikide patsientide toitumust tuleks hinnata nende haiglast väljakirjutamisel	Kui patsient on alatoitunud ja/või on vähenenud tema poolt söödava toidukogus, tuleks 72 tunni jooksul koostada toitmisraviplaan ja alustada selle täitmisega	Haiglaravil viibivate patsientide toiduenergia vajaduste katmise jälgimine peaks olema tavapraktika palativiisiitide käigus	Patsientide kaalumise peaks olema standardpraktika haiglaravile vastuvõtul	Haiglaravil viibimise ajal peaks patsientide kaalumise kindlate intervallide järel olema tavapraktika	Patsientide haiglast välja kirjutamisel peaks kaalumise olema tavapraktika	Patsientide toiduenergia vajaduse hindamine enne toitmisravi määramist peaks olema rutiinne tegevus	Toitmisravi määramisel peaks olema märgitud 24 tunni toiduenergia vajaduse eesmärgväärtus	24-tunni soovituslik toiduenergia vajaduse eesmärgväärtus peaks olema välja arvestatud iga patsiendi puhul	Alatoitumuse riskipatsientide puhul peaks pidevalt jälgima, kas nad saavutavad määratud soovitusliku 24-tunnise toiduenergia vajaduse eesmärgväärtuse.	Söömise ja/või toitmise meetod peaks alati olema märgitud patsiendi dokumenteeritud haigusloos.
olen täielikult nõus	45	31	26	49	29	53	35	18	52	48	33	58	62
olen pigem nõus	32	41	36	37	38	27	35	39	33	34	33	29	20
pigem ei nõustu	12	19	26	4	20	11	17	26	6	9	19	3	9
ei nõustu üldse	4	2	5	3	6	2	6	10	2	2	8	3	2
olen täielikult nõus	48,4%	33,3%	28,0%	52,7%	31,2%	57,0%	37,6%	19,4%	55,9%	51,6%	35,5%	62,4%	66,7%
olen pigem nõus	34,4%	44,1%	38,7%	39,8%	40,9%	29,0%	37,6%	41,9%	35,5%	36,6%	35,5%	31,2%	21,5%
pigem ei nõustu	12,9%	20,4%	28,0%	4,3%	21,5%	11,8%	18,3%	28,0%	6,5%	9,7%	20,4%	3,2%	9,7%
ei nõustu üldse	4,3%	2,2%	5,4%	3,2%	6,5%	2,2%	6,5%	10,8%	2,2%	2,2%	8,6%	3,2%	2,2%

4. Millal te viimati määrasite mõnele patsiendile enteraalse toitmise e sondi kaudu toitmise?

eelmisel nädalal	20	21,5%
viimase kuu jooksul	14	15,1%
viimase 6 kuu jooksul	12	12,9%
rohkem kui 6 kuud tagasi	8	8,6%
pole kunagi määratud	30	32,3%
ma ei osale kliinilises töös	9	9,7%

5. Millal te viimati määrasite mõnele patsiendile parenteraalse toitmise e veenikaudse toitmise?

eelmisel nädalal	19	20,4%
viimase kuu jooksul	15	16,1%
viimase 6 kuu jooksul	16	17,2%
rohkem kui 6 kuud tagasi	7	7,5%
pole kunagi määratud	26	28,0%
ma ei osale kliinilises töös	10	10,8%

6. Palun märkige allolevate juhtude kohta kui kaua on teie arvates aktsepteeritav, et patsient on 0-dieedil või saab alla 50% talle vajalikust toiduenergiast? Mitu päeva te ootaksite toitmise ravi määramisega patsiendi puhul,

	kes on normaalse toitumusega ja on 0-dieedil või saab ainult infusioonlahust glükoosi, Ringer-laktaadi vm madalalorsusega lahusega	kes on kehva toitumusega (on viimaste kuudega kaotanud 10-15% kehakaalust) ja on 0-dieedil või saab ainult infusioonlahust glükoosi, Ringer-laktaadi vm madalalorsusega lahusega	kes on normaalse toitumusega ja saab vähem kui poole oma vajalikust päevasest toiduenergiast	kes on kehva toitumusega (on viimaste kuudega kaotanud 10-15% kehakaalust) ja saab vähem kui poole oma vajalikust päevasest toiduenergiast
kõige rohkem 24 h	19	66	26	53
kõige rohkem 2-3 päeva	58	17	35	24
kõige rohkem 4-5 päeva	7	2	15	8
kõige rohkem 6-7 päeva	2	1	9	0
rohkem kui 7 päeva	1	0	1	0
ma ei tea	6	7	7	8
kõige rohkem 24 h	20,4%	71,0%	28,0%	57,0%
kõige rohkem 2-3 päeva	62,4%	18,3%	37,6%	25,8%
kõige rohkem 4-5 päeva	7,5%	2,2%	16,1%	8,6%
kõige rohkem 6-7 päeva	2,2%	1,1%	9,7%	0,0%
rohkem kui 7 päeva	1,1%	0,0%	1,1%	0,0%
ma ei tea	6,5%	7,5%	7,5%	8,6%

7. Kui suur kaalulangus peaks patsiendil haiglaravi eelselt anamneesis olema, et määraksite patsiendile toitmise ravi?

vähemalt 5%	12	12,9%
vähemalt 10%	32	34,4%
vähemalt 15%	21	22,6%
vähemalt 20%	5	5,4%
vähemalt 25%	3	3,2%
ma ei tea	20	21,5%

8. Millistel juhtudel allolevatest variantidest te üldiselt ei oleks valmis kasutama sonditoitmist patsiendil, kes haiglas viibimise ajal ei saa suukaudsel söömisel piisavalt toitaineid?

	Patsient on ülekaaluline	Patsient on suremas, sõltumata põhihaigusest	Patsiendil on pahaloormuline haigus	Patsient on üle 80 aasta vana	Patsiendil on olnud insult	Patsiendil on maksategevus häiritud	Patsiendil on neerutegevus häiritud	Patsiendil on diabeet	Patsiendil on hingamisfunktsiooni häired	Patsient on dementne
kindlalt kasutamise vastu	11	18	1	3	1	1	2	1	3	7
mõõdukalt kasutamise vastu	27	28	16	12	8	16	14	12	11	14
pisut kasutamise vastu	11	16	10	11	10	13	14	12	17	19
ei oleks üldse kasutamise vastu	44	31	66	67	74	63	63	68	62	53
kindlalt kasutamise vastu	11,8%	19,4%	1,1%	3,2%	1,1%	1,1%	2,2%	1,1%	3,2%	7,5%
mõõdukalt kasutamise vastu	29,0%	30,1%	17,2%	12,9%	8,6%	17,2%	15,1%	12,9%	11,8%	15,1%
pisut kasutamise vastu	11,8%	17,2%	10,8%	11,8%	10,8%	14,0%	15,1%	12,9%	18,3%	20,4%
ei oleks üldse kasutamise vastu	47,3%	33,3%	71,0%	72,0%	79,6%	67,7%	67,7%	73,1%	66,7%	57,0%

9. Millistel juhtudel allolevatest valikutest te üldiselt ei oleks nõus kasutama parenteraalset toitmist patsiendil, kes suukaudse söömisega ei saa piisavalt kaloreid ja kellel ei saa sonditoitmist kasutada?

	Patsient on ülekaaluline	Patsient on suremas, sõltumata põhihaigusest	Patsiendil on pahaloomuline haigus	Patsient on üle 80 aasta vana	Patsiendil on olnud insult	Patsiendil on maksategevus häiritud	Patsiendil on neerutegevus häiritud	Patsiendil on diabeet	Patsiendil on hingamisfunktsiooni häired	Patsient on dementne
kindlalt kasutamise vastu	12	20	1	4	2	2	3	2	3	6
mõõdukalt kasutamise vastu	26	27	20	12	10	15	14	15	14	15
pisut kasutamise vastu	14	14	6	10	7	13	14	5	7	13
ei oleks üldse kasutamise vastu	41	32	66	67	74	63	62	71	69	59
kindlalt kasutamise vastu	12,9%	21,5%	1,1%	4,3%	2,2%	2,2%	3,2%	2,2%	3,2%	6,5%
mõõdukalt kasutamise vastu	28,0%	29,0%	21,5%	12,9%	10,8%	16,1%	15,1%	16,1%	15,1%	16,1%
pisut kasutamise vastu	15,1%	15,1%	6,5%	10,8%	7,5%	14,0%	15,1%	5,4%	7,5%	14,0%
ei oleks üldse kasutamise vastu	44,1%	34,4%	71,0%	72,0%	79,6%	67,7%	66,7%	76,3%	74,2%	63,4%

10. Mil määral te olete nõus järgmiste väidetega enteraalse toitmise e sondi kaudu toitmise kohta arvestades teie osakonna spetsiifikaga?

	Ninasondi kasutamist toitmisel takistab selle piiratud efektiivsus toitmiseravi eesmärkväärtuste saavutamisel	Perkutaanseid endoskoopilisi gastrotoome (PEG) kasutatakse liiga vähe	Sondiga toitmise põhjustab patsiendile nii palju ebamugavusi, et ravi katkestatakse tihti enneaegselt	Patsiendi keeldumine sondist on takistuseks sondiga toitmise alustamisele	Komplikatsioonide risk võib olla põhjus, miks osakonnas ei alustata sonditoitmist	Sondiga toimisega tegeletakse vähe, kuna sellega kaasneb suur personali töökoormus
nõustun täielikult	4	21	9	23	15	15
pigem nõustun	12	32	22	26	25	16
pigem pole nõus	26	21	32	21	23	21
pole üldse nõus	22	13	25	18	24	35
nõustun täielikult	6,3%	24,1%	10,2%	26,1%	17,2%	17,2%
pigem nõustun	18,8%	36,8%	25,0%	29,5%	28,7%	18,4%
pigem pole nõus	40,6%	24,1%	36,4%	23,9%	26,4%	24,1%
pole üldse nõus	34,4%	14,9%	28,4%	20,5%	27,6%	40,2%

11. Mil määral te olete nõus järgmiste väidetega arvestades teie osakonna spetsiifikaga?

	Parenteraalne toitmine on võrreldes sondi kaudse toitmise personalile lihtsam läbi viia	Enteraalsest e. sondi kaudu toitmise hoidutakse kartes võimalikke komplikatsioone	Parenteraalset toitmist kasutatakse patsientide puhul, kes keelduvad sondiga toitmise	Parenteraalse toitmise tegeletakse vähe, sest sellega kaasneb suur personali töökoormus	Parenteraalse toitmise tegeletakse vähe, sest see on kallis ravimeetod	Tsentraalveeni kateetri paigaldamise protseduuri kättesaadavus võib põhjustada määratud parenteraalse toitmise edasilükkumise
nõustun täielikult	27	7	16	12	12	13
pigem nõustun	28	31	35	15	26	31
pigem pole nõus	24	25	23	34	29	19
pole üldse nõus	14	30	19	32	26	30
nõustun täielikult	29,0%	7,5%	17,2%	12,9%	12,9%	14,0%
pigem nõustun	30,1%	33,3%	37,6%	16,1%	28,0%	33,3%
pigem pole nõus	25,8%	26,9%	24,7%	36,6%	31,2%	20,4%
pole üldse nõus	15,1%	32,3%	20,4%	34,4%	28,0%	32,3%

12. Kas teie osakonnas on järgitud alltoodud samme eesmärgiga parandada toitmise praktikat?

	On loodud multidistsiplinaarne toitmise meeskond	On määratud 1 või rohkem võtmeisikut, kellel on süvendatud kliinilise toitmise alased teadmised ja huvi	On välja töötatud juhised, kuidas teha kindlaks, et patsient vajab toitmise	On välja töötatud juhised patsiendi sondiga toitmiseks	On välja töötatud juhised parenteraalseks toitmiseks	On kirjeldanud, kuidas toimub tööjaotus arstide ja õdede vahel toitmise läbiviimisel	On määratud dietoloogide/toitmise spetsialistide vastutusalad	On pakutud kliinilise toitmise alast väljaõpet arstidele	On pakutud kliinilise toitmise alast väljaõpet õdedele	On teostatud kliinilist toitmist puudutavaid kvaliteedi arendamise projekte
jah	25	36	40	46	51	37	42	39	56	37
ei	68	57	53	47	42	56	51	54	37	56
ma ei tea	13	14	21	23	20	12	19	43	21	33
jah	23,6%	33,6%	35,1%	39,7%	45,1%	35,2%	37,5%	28,7%	49,1%	29,4%
ei	64,2%	53,3%	46,5%	40,5%	37,2%	53,3%	45,5%	39,7%	32,5%	44,4%
ma ei tea	12,3%	13,1%	18,4%	19,8%	17,7%	11,4%	17,0%	31,6%	18,4%	26,2%

13. Millisel määral te oleksite huvitatud järgmiste sammude rakendamisest oma osakonnas?

	Multidistsiplinaarse toitmisravi meeskonna loomine	Võtmeiskute määramine, kellel on süvendatud kliinilist toitmist puudutavad teadmised ja huvi	Juhiste välja töötamine, kuidas määrata kindlaks, et patsient vajab toitmisravi	Juhiste välja töötamine patsiendi sondiga toitmiseks	Juhiste välja töötamine patsiendi parenteraalseks toitmiseks	Meditisiinilise personali, arstide ja õdede meeskonna vahelise tööjaotuse selgitamine	Dietoloogide/toitmisravi spetsialistide vastutusala määratlemine	Kliinilise toitmise väljaõpe meditsiinilisele personaliile	Kliinilise toitmise väljaõpe õdedele	Kliinilise toitmise kvaliteedi arendamise projektid
väga	28	39	47	42	44	46	48	47	50	41
üsna	36	35	36	35	31	32	31	35	34	27
mitte eriti	19	12	4	10	12	8	7	5	4	11
ma ei tea	10	7	6	6	6	7	7	6	5	14
väga	30,1%	41,9%	50,5%	45,2%	47,3%	49,5%	51,6%	50,5%	53,8%	44,1%
üsna	38,7%	37,6%	38,7%	37,6%	33,3%	34,4%	33,3%	37,6%	36,6%	29,0%
mitte eriti	20,4%	12,9%	4,3%	10,8%	12,9%	8,6%	7,5%	5,4%	4,3%	11,8%
ma ei tea	10,8%	7,5%	6,5%	6,5%	6,5%	7,5%	7,5%	6,5%	5,4%	15,1%

14. Kuidas on ülesanded jagatud osakonnas erinevate ametite vahel?

	õed	arstid	dietoloogid/ toitmisravi spetsialistid	arstid ja dietoloogid, mõlemad	sotsiaal- ja tervishoiu- töötajad	mitte keegi	ma ei tea	õed	arstid	dietoloogid/ toitmisravi spetsialistid	arstid ja dietoloogid, mõlemad	sotsiaal- ja tervishoiu- töötajad	mitte keegi	ma ei tea
Kelle ülesanne on hinnata patsiendi toitumusseisundit?	18	45	13	16	0	7	10	16,5%	41,3%	11,9%	14,7%		6,4%	9,2%
Kes arvutab välja patsiendi ööpäevase tarbitud toidust saadud kaloraaži?	13	22	34	7	0	17	7	13,0%	22,0%	34,0%	7,0%		17,0%	7,0%
Kes osakonna töötajatest kõige otsesemalt tegeleb toitmisprobleemidega?	25	25	29	6	0	6	8	25,3%	25,3%	29,3%	6,1%		6,1%	8,1%
Kes vastutab selle eest, et patsiendid saavad oma igapäevase soovitusliku toiduenergia vajaduse ja valguvajaduse?	21	29	17	11	0	13	13	20,2%	27,9%	16,3%	10,6%		12,5%	12,5%
Kelle ülesanne on reageerida patsientide toitumusprobleemidele?	36	35	10	10	0	3	9	35,0%	34,0%	9,7%	9,7%		2,9%	8,7%
Kes otsustab, et patsiendi söödava toidu koguseid tuleb jälgida?	16	52	12	14	0	5	8	15,0%	48,6%	11,2%	13,1%		4,7%	7,5%
Kes tegelikult dokumenteerib patsiendi poolt söödud toidu koguseid?	61	4	3	2	4	12	9	64,2%	4,2%	3,2%	2,1%	4,2%	12,6%	9,5%
Kellel on kõige parem ülevaade patsientide toidu tarbimisest?	64	8	5	4	2	6	8	66,0%	8,2%	5,2%	4,1%	2,1%	6,2%	8,2%
Juhul kui söömise jälgimine näitab, et patsiendid ei söö piisavalt tagamaks oma toitainete vajadusi, siis kelle ülesanne on sellele olukorrale reageerida?	41	37	4	8	0	3	8	40,6%	36,6%	4,0%	7,9%		3,0%	7,9%
Kes peab kokku panema individuaalse toitmisraviplaani?	4	35	37	13	0	5	12	3,8%	33,0%	34,9%	12,3%		4,7%	11,3%
Kes otsustab, et patsient vajab lisaks tavatoidule ka kõrge energia- või valgusisaldusega tööstuslikult valmistatud suukaudseid toitelahuseid?	3	61	18	25	0	1	10	2,5%	51,7%	15,3%	21,2%		0,8%	8,5%
Kes otsustab, et patsient vajab sondiga toitmist?	4	75	6	20	0	1	7	3,5%	66,4%	5,3%	17,7%		0,9%	6,2%
Kes otsustab, et patsient vajab parenteraalset toitmist?	0	79	4	19	0	2	8		70,5%	3,6%	17,0%		1,8%	7,1%
Kes otsustab, et patsient vajab eridieeti?	4	73	6	24	0	2	8	3,4%	62,4%	5,1%	20,5%		1,7%	6,8%
Kes vastutab selle eest, et patsient reaalselt saab kätte talle ette nähtud toitmisravi?	53	20	4	9	0	4	12	52,0%	19,6%	3,9%	8,8%		3,9%	11,8%
Kes vastutab selle eest, et andmed patsiendi toitumusseisundi ja toitmisravi kohta antakse edasi teistele osakondadele, kuhu patsient liigub?	50	22	6	5	1	4	10	51,0%	22,4%	6,1%	5,1%	1,0%	4,1%	10,2%
Kes vastutab selle eest, et info patsiendi toitumusseisundi kohta antakse edasi perearstile/pereõele?	12	46	6	6	1	10	18	12,1%	46,5%	6,1%	6,1%	1,0%	10,1%	18,2%

15. Kas teie haiglas on olemas dietoloogid või toitmisravi spetsialistid, kellega osakond saab konsulteerida?

ei	16	15,0%
ja	77	72,0%
ei tea	14	13,1%

16. Palun vastake järgmistele küsimustele

	Kas dietoloogid/ toitmisravi spetsialistid osalevad regulaarselt osakonna koosolekutel/visiitidel (õendus, meditsiin, multidistsiplinaar) ?	Kas teie arvates oleks sellest abi, kui dietoloogide/toitmisravi spetsialistidega konsulteeritaks rohkem kui praegu?	Kas teie arvates on dietoloogide/ toitmisravi spetsialistide teenuse kättesaadavus teie osakonnas piiratud?
jah	14	30	11
jah, mingil määral	21	34	21
ei	40	7	38
ma ei tea	2	6	7
jah	18,2%	39,0%	14,3%
jah, mingil määral	27,3%	44,2%	27,3%
ei	51,9%	9,1%	49,4%
ma ei tea	2,6%	7,8%	9,1%

17. Kui tihti külastab osakonda dietoloog/toitmisravi spetsialist?

iga päev	18	23,4%
umbes 3-4 korda nädalas	11	14,3%
umbes 1-2 korda nädalas	9	11,7%
vähem kui 1 kord nädalas	39	50,6%

18. Kui tihti on teie arvates vaja dietoloogi/toitmisravi spetsialisti konsultatsiooni osakonnas?

iga päev	14	18,2%
umbes 3-4 korda nädalas	17	22,1%
umbes 1-2 korda nädalas	22	28,6%
vähem kui 1 kord nädalas	24	31,2%

19. Kui paljud osakonna patsiendid puutuvad kokku dietoloogi/toitmisravi spetsialistiga?

vähem kui 5%	46	59,7%
5 – 10%	13	16,9%
10 – 15%	8	10,4%
rohkem kui 20%	10	13,0%

20. Kui suur on ajaline intervall selle vahel, kui osakond informeerib dietoloogi/toitmisravi spetsialisti alatoitumusega patsiendist ja dietoloog/toitmisravi spetsialist konsulteerib seda patsienti?

tavaliselt samal või järgmisel päeval	52	67,5%
tavaliselt 2 – 3 päeva	16	20,8%
tavaliselt 4 – 5 päeva	1	1,3%
tavaliselt rohkem kui 1 nädal	8	10,4%

21. Kes otsustab, milliseid ... osakonnas hoitakse?

	parenteraalseid toitmisravi tooteid	enteraalseid e. sondi kaudu manustatavaid toitmisravi tooteid	täisväärtuslikke ja/või energia ja/või valgurikkaid tööstuslikult toodetud suukaudseid toitelahuseid
ravimite komitee	6	7	6
kliinilise toitmise komitee	11	14	10
osakonnajuhataja	14	13	9
osakonna õendusjuht	39	42	45
osakonna arstid	29	25	24
osakonna õenduspõhjal	4	8	9
osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid	0	0	0
toitmisravi konsultandid	21	20	21
ma ei tea	28	24	24
muu	5	5	6
ravimite komitee	6,5%	7,6%	6,5%
kliinilise toitmise komitee	12,0%	15,2%	10,9%
osakonnajuhataja	15,2%	14,1%	9,8%
osakonna õendusjuht	42,4%	45,7%	48,9%
osakonna arstid	31,5%	27,2%	26,1%
osakonna õenduspõhjal	4,3%	8,7%	9,8%
osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid	0,0%	0,0%	0,0%
toitmisravi konsultandid	22,8%	21,7%	22,8%
ma ei tea	30,4%	26,1%	26,1%
muu	5,4%	5,4%	6,5%

22. Kes otsustab, millist osakonnas olevat ... patsiendile antakse?

	parenteraalset toitmisravi toodet	enteraalset e. sondi kaudu manustatavat toitmisravi toodet	täisväärtuslikku ja/või energia ja/või valgurikast tööstuslikult toodetud suukaudset toitelahust
osakonna arstid	67	66	62
osakonna õenduspõhjal	13	16	20
osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid	0	1	1
toitmisravi konsultandid	41	39	38
ma ei tea	10	8	10
muu	2	3	3
osakonna arstid	72,8%	71,7%	67,4%
osakonna õenduspõhjal	14,1%	17,4%	21,7%
osakonna sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid	0,0%	1,1%	1,1%
toitmisravi konsultandid	44,6%	42,4%	41,3%
ma ei tea	10,9%	8,7%	10,9%
muu	2,2%	3,3%	3,3%

23. Mil määral te nõustute järgmiste väidetega pidades silmas alatoitumisega patsiendi osakonnast välja kirjutamist?

	Epikriis on alati kirjas patsiendile määratud toitmise meetod	Epikriis näitab alati, kui kaua peab patsiendi toitmise kestma	Selgelt on määratletud, kes tegeleb patsiendi toitmise probleemidega pärast haiglast välja kirjutamist	Pereõed on pädevad alatoitumisega patsientide käsitlemises	Perearstidel on piisavalt head teadmised tegelemaks alatoitumisega patsientidega	Vahel me ei määra patsiendile välja kirjutamisel toitmisteraapiat kuna perearstidel/õdedel pole võimekust sellega tegeleda	Toitumisega esmatasandil üldiselt ei tegeleta
nõustun täielikult	37	28	25	15	16	15	18
pigem nõustun	34	36	29	26	30	34	41
pigem ei nõustu	14	19	24	39	35	33	25
üldse ei nõustu	7	9	14	12	11	10	8
nõustun täielikult	40,2%	30,4%	27,2%	16,3%	17,4%	16,3%	19,6%
pigem nõustun	37,0%	39,1%	31,5%	28,3%	32,6%	37,0%	44,6%
pigem ei nõustu	15,2%	20,7%	26,1%	42,4%	38,0%	35,9%	27,2%
üldse ei nõustu	7,6%	9,8%	15,2%	13,0%	12,0%	10,9%	8,7%

24. Palun hinnake järgmisi väiteid:

	Mu haridus on andnud mulle põhjalikud teadmised, et teha kliinilise toitmise ravi otsuseid	Toitmise alane õpe osakonna täiendõppe programmis on kindlal kohal	Osakonna personalil on piisavalt hea ülevaade adekvaatse toitmise olulisusest patsiendi üldises paranemises	Minul isiklikult on piisavalt hea arusaam adekvaatse toitmise osatähtsusest patsiendi üldises paranemises.	Osakonna meeskonnal on piisavalt kogemusi sondiga toitmisel	Minul isiklikult on piisavalt kogemusi sondiga toitmisel	Osakonna meeskonnal on piisavalt kogemusi parenteraalses toitmises	Minul isiklikult on piisavalt kogemusi parenteraalses toitmises	Minu meelest on keeruline kindlaks teha patsiendi energiasvajadust	Minu meelest on keeruline kokku panna patsiendi toitmise ravisplaan	Minu meelest peaks meil olema rohkem ülerigiliselt välja töötatud kliinilise toitmise ravijuhiseid	Minu meelest on keeruline kindlaks teha, millised patsiendid vajavad toitmise ravi	Mul pole piisavalt oskusi, et selgitada välja alatoitumisega patsiendid	Minu osakonnas on toimumine teisejärgulise tähtsusega	Mõned minu osakonna patsiendid saavad nii vähe toitaineid, et sellel on kliinilised tagajärjed (komplikaatsioonid, pikem haiglaravi, aeglase paranemine)
nõustun täielikult	4	7	7	19	27	24	20	18	9	10	31	7	11	12	5
pigem nõustun	28	35	36	49	33	32	39	34	40	45	52	28	35	31	20
pigem ei nõustu	40	29	37	15	20	24	23	29	39	33	8	49	34	33	39
üldse ei nõustu	21	22	13	10	13	13	11	12	5	5	2	9	13	17	29
nõustun täielikult	4,3%	7,5%	7,5%	20,4%	29,0%	25,8%	21,5%	19,4%	9,7%	10,8%	33,3%	7,5%	11,8%	12,9%	5,4%
pigem nõustun	30,1%	37,6%	38,7%	52,7%	35,5%	34,4%	41,9%	36,6%	43,0%	48,4%	55,9%	30,1%	37,6%	33,3%	21,5%
pigem ei nõustu	43,0%	31,2%	39,8%	16,1%	21,5%	25,8%	24,7%	31,2%	41,9%	35,5%	8,6%	52,7%	36,6%	35,5%	41,9%
üldse ei nõustu	22,6%	23,7%	14,0%	10,8%	14,0%	14,0%	11,8%	12,9%	5,4%	5,4%	2,2%	9,7%	14,0%	18,3%	31,2%

25. Millised on peamised põhjused, miks patsiendid Eesti haiglates ei saa piisavalt heal tasemel toitmisravi (enteraalne ja parenteralne toitmine):

	minu osakonnas		Eesti haiglates üldiselt	
teadmatus	53	57,0%	66	71,0%
ükskõiksus	23	24,7%	21	22,6%
dokumentatsiooni puudus	15	16,1%	19	20,4%
liiga palju komplikatsioone	8	8,6%	3	3,2%
vastutajad määramata	38	40,9%	35	37,6%
aeganõudev	9	9,7%	6	6,5%
tehniliselt keeruline	3	3,2%	6	6,5%
keeruline kindlaks teha vastavaid patsiente	12	12,9%	11	11,8%
liiga kallid	18	19,4%	32	34,4%
muu	11	11,8%	6	6,5%

26. Milline on teie arvates tõestus järgmistele väidetele?

	Vähem operatsioonijärgseid komplikatsioone	Vähem infektsioone	Kiirem taastumine	Lühem haiglaraviperiood	Madalam suremus	Väiksem valuvaigistite vajadus	Vähem lamatishaavandeid
1=ei ole üldse tõestatud	2	6	1	2	6	9	9
2	5	7	6	6	10	23	7
3	19	21	11	18	20	30	18
4	29	32	26	25	27	18	27
5=väga hästi tõestatud	38	27	49	42	30	13	32
1=ei ole üldse tõestatud	2,2%	6,5%	1,1%	2,2%	6,5%	9,7%	9,7%
2	5,4%	7,5%	6,5%	6,5%	10,8%	24,7%	7,5%
3	20,4%	22,6%	11,8%	19,4%	21,5%	32,3%	19,4%
4	31,2%	34,4%	28,0%	26,9%	29,0%	19,4%	29,0%
5=väga hästi tõestatud	40,9%	29,0%	52,7%	45,2%	32,3%	14,0%	34,4%

27. Hinnake oma teadmisi alatoitumusega patsientide ravi kohta

1	3	3,2%
2	10	10,8%
3	6	6,5%
4	14	15,1%
5	23	24,7%
6	14	15,1%
7	10	10,8%
8	7	7,5%
9	4	4,3%
10	2	2,2%

28. Kui huvitatud te olete alatoitumisega patsientide ravist?

1	3	3,2%
2	2	2,2%
3	4	4,3%
4	6	6,5%
5	8	8,6%
6	6	6,5%
7	13	14,0%
8	20	21,5%
9	8	8,6%
10	23	24,7%

29. Mil määral eeldavad teie töökohustused häid teadmisi ja oskusi alatoitumisega patsientide raviks?

1	8	8,6%
2	2	2,2%
3	4	4,3%
4	6	6,5%
5	10	10,8%
6	5	5,4%
7	13	14,0%
8	14	15,1%
9	7	7,5%
10	24	25,8